

PIERRE VIALLE
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

516

TUMEURS BÉNIGNES DE L'INTESTIN GRÊLE

Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière
(Professeur GOSSET)

chez LOUIS ARNETTE, libraire à Paris

TUMEURS BÉNIGNES
DE L'INTESTIN GRÊLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PIERRE VIALLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

TUMEURS BÉNIGNES DE L'INTESTIN GRÊLE

Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière
(Professeur GOSSET)

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1933

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Docteur EMILE VIALLE

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

Le Docteur JEAN VIALLE

A MON ONCLE

Le Docteur ANTOINE VIALLE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Le Professeur GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de la Salpêtrière
Grand officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse et qui nous a inspiré ce tra-
vail.*

*En témoignage de notre profonde
admiration et de notre respectueux
attachement.*

A NOTRE MAITRE

Le Professeur ROUVIÈRE

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

*En reconnaissance pour les marques
de bienveillance qu'il n'a cessé de
nous témoigner.*

A NOTRE MAITRE

Le Professeur MARION

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris

*Hommage de profonde gratitude
pour l'intérêt qu'il nous a tou-
jours manifesté.*

A NOTRE MAITRE

Le Professeur PAUL MATHIEU

Professeur de Clinique chirurgicale orthopédique
à la Faculté de Paris

*Témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE

Le Professeur agrégé HEITZ-BOYER

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Témoignage de notre profonde grati-
tude.*

A NOTRE MAITRE

Le Docteur SAUVÉ

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Hommage de notre profonde affec-
tion.*

A NOTRE MAITRE

Le Docteur TOUPET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour son enseigne-
ment quotidien.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat

- 1925-26. — M. le Professeur P. MATHIEU.
M. le Professeur agrégé MOCQUOT.
1926-27. — M. le Docteur TOURAINÉ.
1927-28 — M. le Docteur A. BLOCH.
M. le Docteur GRENET.

Internat

- 1928-29. — M. le Docteur SAUVÉ.
1931-32. — M. le Docteur SAUVÉ.
1932-33. — M. le Professeur agrégé HEITZ-BOYER.
M. le Professeur GOSSET.
1933-34. — M. le Docteur TOUPET.

MM. les Professeurs agrégés
PETIT-DUTAILLIS, GATELLIER

MM. les Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

MM. les Docteurs SOUPAULT, CHARRIER, THALHEIMER,
RAYMOND-BERNARD, FUNCK-BRENTANO.

MM. les Docteurs SAUVAGE, PATEL, YVAN BERTRAND,
GEORGES LOEWY, MARSAN.

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

M. le Docteur LEIBOVICI, Chirurgien des Hôpitaux.

M. le Docteur MARQUÉZY, Médecin des Hôpitaux.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE TOURS

Externat

1923-24. — M. le Docteur GUILLAUME-LOUIS, Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours.

Avec tout notre affectueux attachement,

Internat

1924-25. — M. le Docteur THIERRY.

MM. les Docteurs BOSC (*in memoriam*), CHEVET, COSSE, GODEAU, FAIX, LAPEYRE (*in memoriam*), MALET, MERCIER, TILLAYE.

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES

Débris de grossesse extra-utérine fistulisée dans deux anses grêles. Résection intestinale. Guérison (*Société anatomique de Paris*). 6 juillet 1933. (En collaboration avec MM. TOUPET et H. MARTIN).

Quelques détails pratiques au sujet du traitement orthopédique des fractures de jambe fermée (*Archives médico-chirurgicales de Province*). Juillet 1933.

Quelques cas de séméiologie infantile (*L'Hôpital*). Juillet 1933.

Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du fémur (*Archives Médico-chirurgicales de Province*). Décembre 1932.

Hématurie grave et son traitement d'urgence (*Archives Médico-chirurgicales de Province*). Avril 1932.

Indications opératoires dans les Traumatismes du Rein (*Gazette médicale de France*). Octobre 1933.

Torsion testiculaire (*Archives médico-chirurgicales de Province*), Février 1932.

Le Bactériophage en pratique chirurgicale (*Archives médico-chirurgicales de Province*). Novembre 1932.

Complications urinaires des Fractures du bassin (*La Science médicale pratique*. En collaboration avec M. J. VAIDIE). Mai 1931.

Traitement des Phlegmons des gaines digito-palmaires (*Archives médico-chirurgicales de Province*). Décembre 1931.

Lésions traumatiques des Ménisques du genou (*Archives médico-chirurgicales de Province*). Mars 1933.

Traitement des Fractures du Calcanéum (*Gazette médicale de France*). Octobre 1933.

Tumeur chéloïde du lobule de l'oreille (*Société anatomique de Paris*. En collaboration avec M. H. MARTIN) Séance du 6 juillet 1933.

INTRODUCTION

Avec l'appendicite aiguë, l'occlusion intestinale constitue, chez l'adulte, l'urgence abdominale de beaucoup la plus fréquente.

Cette dernière affection encore grevée d'une lourde mortalité, pose de multiples problèmes thérapeutiques et cliniques.

Depuis ces deux dernières années, d'abondants travaux cherchent à préciser les causes de l'occlusion intestinale chez l'adulte.

Parmi celles-ci l'invagination intestinale joue un rôle important et les tumeurs bénignes de l'intestin grêle en sont fréquemment la cause.

Les tumeurs bénignes de l'intestin grêle, considérées jadis comme exceptionnelles, apparaissent actuellement comme beaucoup plus fréquentes.

A l'état pur, sans complication mécanique elles peuvent expliquer les hémorragies intestinales dont on ne peut faire la preuve exacte.

Complicquées, au contraire elles sont la cause primordiale de *l'invagination intestinale chez l'adulte*.

— Notre maître M. le P^r GOSSET a bien voulu mettre à

notre disposition trois observations de tumeurs bénignes de l'intestin grêle ayant entraîné une invagination intestinale.

A ces trois observations, nous en ajouterons une quatrième, observation personnelle d'un polype de l'intestin grêle ayant aussi entraîné une longue intussusception intestinale.

— Nous nous sommes efforcé d'autre part de réunir et d'analyser la plupart des statistiques se rapportant à notre sujet, elles nous ont permis de comparer la fréquence, l'évolution, le traitement de ces tumeurs.

— Les examens histologiques de ces pièces ont été obligeamment pratiqués par le Dr YVAN BERTRAND dans les laboratoires de la CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE et nous l'en remercions vivement.

Dans ce travail nous envisageons successivement :

L'Étiologie et l'Anatomie pathologique des tumeurs bénignes de l'intestin grêle.

Leurs caractères anatomiques, comme nous le verrons, devront être étudiés en dehors et au cours de toute complication mécanique.

De la Symptomatologie éminemment capricieuse et nuancée de cette affection nous essaierons de tirer des conclusions pratiques nous permettant peut-être de savoir en poser le diagnostic avant leurs accidents évolutifs.

L'Invagination intestinale évolution presque fatale de ces tumeurs, accident révélateur, nous offrira l'occasion de dissocier de ce syndrome commun *deux formes* très

différentes par leur processus anatomique et leur pronostic.

Nos quatre observations suivront ensuite l'exposé clinique.

A propos du traitement, enfin, si difficile parfois en présence des cas compliqués nous avons eu pour but de grouper très schématiquement les conduites à tenir en face des diverses découvertes opératoires.

Ce travail nous fut inspiré par notre maître M. le Pr Gosset ; qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueux attachement et de la reconnaissance que nous lui devons pour l'enseignement qu'il nous a donné dans son service.

HISTORIQUE

L'étude des tumeurs bénignes de l'intestin grêle est à peine esquissée dans les traités classiques, ce qui s'explique par leur rareté.

— En 1898 la statistique de Ruldolf STEINER comprend 58 cas de tumeurs bénignes du tube digestif, 23 de l'estomac et 35 de l'intestin dont 16 de l'intestin grêle.

— En 1899 HEURTAUX les considère comme exceptionnelles, sur 50 cas de tumeurs de l'intestin qu'il a pu réunir 16 seulement sont des fibromyomes du grêle.

— En 1909 FRÖTSCHER dans un travail d'ensemble signale un seul cas de myome près du grêle et STETTEN fait paraître une statistique très importante dont les conclusions restent, presque toutes, d'actualité.

— En 1912 plusieurs observations sont signalées, HAKE décrit un myome du jéjunum sur 4 cas de tumeurs intestinales.

KASEMAYER écrit un mémoire très volumineux. Malheureusement il n'est guère utilisable car sur 116 cas de tumeurs du grêle il en sépare un lot de 23 dans lequel il groupe, sans distinction, des fibromes, des myomes, des tumeurs malignes.

En 1919 les opinions se modifient légèrement sur la rareté des tumeurs bénignes de l'intestin grêle et EWING montre que les myomes seraient moins rares qu'on avait coutume de le dire.

En 1921 BROCC et HERTZ, dans la *Revue de Chirurgie*, reprennent la question des fibro-myomes de l'intestin grêle à l'occasion d'une volumineuse tumeur bénigne sous-séreuse.

En 1924 un travail important de DEROCQUE met au point la fréquence, l'anatomie pathologique, l'évolution des lipomes de l'intestin grêle.

Enfin en 1932 dans les *Archives of Surgery* RAIFORD présente dans une étude d'ensemble, tous les cas de tumeurs de l'intestin grêle réunies au John's Hopkins Hospital.

En résumé, si l'on observe la fréquence des publications au sujet des tumeurs bénignes de l'intestin grêle, *on peut conclure qu'elles ne sont plus exceptionnelles* depuis que les interventions chirurgicales plus fréquemment pratiquées en ont révélé l'anatomie et l'évolution.

GÉNÉRALITÉS

— Les tumeurs bénignes de l'intestin grêle, en l'absence de complications telles qu'hémorragies, occlusion et invagination ne sont le plus souvent que des trouvailles d'autopsie.

Ces tumeurs d'autre part sont rares, contrastant ainsi avec la fréquence relative des tumeurs malignes.

Elles nous ont paru intéressantes à étudier de par la tendance qu'elles ont à entraîner une invagination intestinale, rapidement suivie d'occlusion.

Chez l'adulte elles sont une cause très fréquente d'invagination intestinale. C'est le plus souvent le diagnostic d'occlusion qui est porté mais l'intérêt de notre travail semble être de dissocier *deux types d'occlusion*.

— Celle-ci, d'une part, peut apparaître d'emblée sans aucun trouble antérieur.

— Mais, d'autre part, elle n'est parfois que l'aboutissant d'une évolution chronique qui, à bas bruit, se déroule depuis des mois, des années.

La symptomatologie accusée alors par le malade, n'est surtout qu'une *symptomatologie d'emprunt* et c'est sur elle que l'intervention est décidée.

Au cours de l'opération le diagnostic posé est infirmé, pas traces d'appendicite, d'ulcères ou de tumeurs gastriques, mais cette constatation négative ne devra pas exclure, au contraire, l'examen attentif de l'intestin.

De nombreuses hémorragies intestinales, *inexpliquées* pourraient peut-être trouver leur cause réelle en la présence d'un polype intra-intestinal, ulcéré et saignant.

— **Les signes négatifs cliniques** sont de la plus haute importance, le tableau clinique ne cadre pas complètement avec la symptomatologie classique, traditionnelle, de l'affection diagnostiquée.

— Nous insisterons dès maintenant sur la valeur de la constatation suivante.

Une petite tumeur intra-abdominale, douloureuse, mobile, fuyante sous la main qui la palpe, s'ajoutant à un syndrome d'occlusion, doit faire soupçonner l'étiologie réelle.

Il en était ainsi dans notre observation n° IV.

— L'invagination au niveau de l'intestin grêle, du fait de la mobilité des mésos, du petit calibre des segments intestinaux observés, de l'absence d'inflammation *se réduit spontanément, fréquemment*.

Ce n'est plus la marche régulière de l'invagination, qui une fois installée, évolue vers la mort par péritonite sans le secours d'une intervention chirurgicale. Ce peuvent être, au contraire, des accidents fugaces, passagers, capricieux, d'invagination temporaire, entraînant toutes les erreurs de Δ habituant le malade à ses souffrances suivies de rémission et de soulagement complet,

l'amenant enfin souvent trop tard devant le chirurgien.

— Ce tableau clinique correspond avant tout aux invaginations iléo-iléales.

D'ailleurs, ces deux formes d'occlusion ne sont nullement étrangères l'une par rapport à l'autre, elles peuvent fréquemment se succéder.

ETIOLOGIE

— Nous ne nous étendrons pas sur les causes qui paraissent favoriser le développement des tumeurs bénignes de l'intestin grêle, car nos connaissances restent encore très imprécises sur ce point.

Tout ce qu'on peut dire c'est que les différents auteurs ne signalent, dans les antécédents de leurs malades, aucune irritation intestinale chronique, aucun épisode dysentérique.

Sexe

Le sexe ne paraît pas avoir une influence considérable. Il semble cependant que la femme soit plus fréquemment atteinte que l'homme d'après les statistiques.

Dans nos quatre observations, il s'agissait de trois femmes et d'un homme, mais on ne peut de ce fait tirer des conclusions générales.

Age

La notion de l'âge paraît être plus importante.

Si le lipome de l'intestin grêle peut s'observer chez des sujets jeunes (cas de M. Hartmann) il paraît se ren-

contrer avec une fréquence toute *particulière entre 40 et 60 ans.*

— Nos malades avaient, au moment de leurs interventions, respectivement 38, 61, 39 et 57 ans.

— Près de 50 % des cas apparaissent cliniquement dans cette deuxième moitié de la vie et c'est à cette proportion qu'aboutissait également la statistique de Statten.

Cet auteur fait d'ailleurs remarquer avec raison que la fréquence du lipome de l'intestin grêle entre 40 et 60 ans est vraisemblablement plus apparente que réelle, car il est certain que la tumeur évolue et s'accroît progressivement pendant des années avant d'être découverte accidentellement ou avant de devenir cliniquement appréciable.

— Mais surtout, fait important, on ne *peut tirer de cette notion d'âge aucune conclusion clinique directrice, puisque c'est également l'âge du cancer.*

Hérédité

On ne peut accorder à l'hérédité un rôle de premier plan. Nous n'avons pu retrouver qu'une observation dans laquelle celle-ci est réellement en cause.

Van Dijk et Oudendal ont en effet rapporté le cas d'une famille où furent successivement opérés le frère et la sœur pour adénomes de l'intestin grêle entraînant des signes d'invagination intestinale intermittente avec tumeur intra-abdominale mobile.

PATHOGÉNIE

Deux théories se trouvent en présence, la première est celle de *l'inclusion*, la seconde celle de la *prolifération anormale*.

Si, pour expliquer l'origine de ces tumeurs on accepte la théorie de l'inclusion, on comprend aisément que leur constitution soit rarement pure.

L'examen histologique de la pièce de Brocq et Hertz a révélé qu'il s'agissait d'un léiomyome presque pur avec un degré léger d'involution fibreuse.

Trappe insiste sur l'existence d'adéno-myomes.

Cohen a trouvé des îlots de pancréas dans un myome intestinal.

En somme la fréquence est grande des coupes miligées et bigarrées.

Bien que cette théorie de l'inclusion soit actuellement en faveur, certains auteurs admettent cependant que ces fibro-myomes se développent *par prolifération* des fibres musculaires lisses des tuniques intestinales ou des cellules de la *muscularis mucosæ*.

Klebs enfin croit à la *prolifération* du tissu conjonctif et musculaire *des petites artères pariétales*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Devant la fréquence de l'évolution vers l'invagination intestinale des tumeurs bénignes de l'intestin grêle, il convient d'étudier les lésions anatomo-pathologiques de ces tumeurs *d'une part* à leur stade non compliqué, *d'autre part* à leur stade de complications.

A. — TUMEUR NON COMPLIQUÉE

Classification des différentes variétés de tumeurs

Les variétés de ces tumeurs sont fort nombreuses. On peut observer des adénomes, des lipomes, des fibromes, des myomes, myxomes, des angiomes, des tératomes, des tumeurs carcinoïdes, tous ces différents types pouvant être diversement combinés entre eux.

— Nous nous proposons d'envisager quelques-unes de ces variétés anatomo-pathologiques mais en insistant surtout sur *les lipomes* et *les adénomes*. Nos quatre observations en effet relèvent de trois adénomes à forme polypeuse et d'un lipome.

1° Les myomes

Les myomes sont plus fréquents au niveau de l'intestin grêle que sur le gros intestin (16 contre 14 dans la statistique de Steiner).

Ce sont des léio-myomes qui évoluent soit vers *la couche externe*, myomes sous péritonéaux, soit vers *la couche interne*, myomes sous-muqueux.

— Les myomes sous-péritonéaux, sous-séreux, peuvent prendre de grandes dimensions, peser jusqu'à quatorze livres, former de véritables tumeurs abdominales.

— Les myomes sous-muqueux n'atteignent guère qu'une livre au maximum. Parfois ils s'infiltrent dans le mésentère, parfois ces petits myomes sous-muqueux sont multiples (cinquante dans une observation).

Enfin signalons encore que les myomes sous-muqueux sont parfois des agents de véritables sténoses du grêle se compliquant souvent d'invagination, mais leur évolution se caractérise par leur extrême latence (20 ans parfois).

— Nous ne ferons que mentionner les cas d'insertion des fibromes, pédiculés sur le bord libre de l'intestin grêle et pouvant entraîner en outre des phénomènes occlusifs, des signes de volvulus.

2° Dans l'ensemble **les fibromes et les fibromyomes** se comportent comme les myomes.

3° Les angiomes

Les angiomes peuvent revêtir le type circulaire et devenir des agents de sténose chronique du grêle (P^r Pierre Delbet).

4° Les tumeurs carcinoïdes

Ces tumeurs bénignes que mon maître M. le P^r Gosset et Masson appellent tumeurs argentafines présentent des analogies évidentes avec les mêmes tumeurs de l'appendice. Raiford apporte 7 cas de ces tumeurs siégeant sur l'iléon en général. Elles forment des petites agglomérations multiples, d'un centimètre de diamètre en moyenne et d'apparence jaunâtre.

Bénignes ces tumeurs peuvent exceptionnellement produire des métastases. L'auteur en a observé un cas personnel au niveau du foie et Cooke signale que sur 104 cas de tumeurs argentafines on a pu relever 11 cas de récidives.

3° Les adénomes

Les adénomes se développent aux dépens des glandes de Lieberkühl et en revêtent la structure.

Il en existe deux types, l'un circonscrit, pédiculé, l'autre diffus.

Dans la majorité des cas, ils sont moins fréquents sur le grêle que sur le gros intestin.

Leurs caractères macroscopiques se confondent le

plus souvent avec ceux des lipomes sur lesquels nous allons particulièrement insister.

6° Les lipomes

A. — Siège.

PAR RAPPORT AUX TUNIQUES INTESTINALES.

Les lipomes de l'intestin grêle peuvent se développer en deux régions de la paroi intestinale. Les uns prennent naissance dans le tissu conjonctif sous-séreux d'où leur nom de *lipome sous-séreux* ; les autres se développent dans le tissu conjonctif compris entre la muqueuse et la tunique musculaire, ce sont les *lipomes sous-muqueux*.

— Notons néanmoins que Cossanello, ayant vu un lipome faire également saillie sous la muqueuse et sous la séreuse, décrit une variété *intra-pariétale* analogue au lipome intra-musculaire signalé par Fisher au niveau de l'estomac. C'est là un cas tout à fait exceptionnel et nous ne retiendrons que les deux variétés sous-séreuses et sous-muqueuses.

— *Les lipomes sous-séreux* sont de beaucoup les plus rares, et Ruber en 1921 n'en a rassemblé que 15 cas. Cette statistique comprend d'ailleurs indistinctement les lipomes de l'intestin grêle et du gros intestin. Ils sont plus fréquents sur ce dernier segment du tube digestif. Là, en effet, les lipomes se développent au niveau du tissu adipeux des franges épiploïques et ils ont généralement tendance à évoluer vers la cavité péritonéale en se pédiculisant plus ou moins.

— Les lipomes sous-séreux peuvent engendrer des troubles par compression directe ou par traction de leur pédicule, mais il reste exceptionnel qu'ils produisent une invagination ou un volvulus (Cas de Bréchet 1920).

— Plus rarement encore, ils peuvent tendre en s'extériorisant à créer des *diverticules* de l'intestin.

Les lipomes sous-muqueux au contraire sont les plus fréquents. Développés entre la tunique musculaire et la muqueuse molle lâche, peu adhérente, ils repoussent facilement celle-ci, font saillie dans la cavité intestinale et sont très souvent l'amorce d'une invagination.

C'est cette seule variété sous-muqueuse qui pratiquement mérite d'être étudiée.

PAR RAPPORT AUX SEGMENTS DE L'INTESTIN GRÊLE. Les lipomes peuvent se développer à une hauteur quelconque du tractus intestinal depuis le duodénum jusqu'à la fin de l'iléon.

— Raiford constate *qu'ils occupent avec prédilection les deux extrémités de l'intestin*. C'est ainsi qu'il a rencontré 21 cas de tumeurs iléales pour seulement 14 tumeurs jéjunales.

— D'autre part si nous reprenons une statistique publiée en 1924 par Deroque nous trouvons pour 49 *lipomes de l'intestin grêle* :

8 dans le duodénum.

40 dans les anses iléales.

1 au niveau du diverticule de Meckel.

Nous retrouvons donc cette même localisation aux deux segments extrêmes de l'intestin.

— Dans cette même statistique on peut constater qu'à ces 49 cas de lipomes sous-muqueux du grêle, l'auteur n'oppose que 52 cas de lipome du gros intestin.

Ainsi nous pouvons conclure qu'il n'existe pas pour les lipomes, cette disproportion en faveur du gros intestin sur le grêle qui existe pour les tumeurs malignes.

— PAR RAPPORT AU DIVERTICULE DE MECKEL. — Nous n'avons pu dépouiller l'observation ayant trait à cette localisation exceptionnelle.

PAR RAPPORT A LA VALVULE DE BAUHIN. — Par contre cette disposition anatomique est fréquente et on peut facilement imaginer le retentissement clinique d'une tumeur qui, d'une façon intermittente, vient former un clapet oblitérant plus ou moins la lumière intestinale.

B. — **Fréquence.**

Le lipome sous-muqueux de l'intestin est une rareté si on le compare aux tumeurs malignes.

Dans le groupe des tumeurs bénignes, cependant, on admet généralement que l'adénome est la tumeur la plus fréquente et que le lipome se place immédiatement après.

Comparé au lipome de l'estomac, le lipome de l'intestin grêle apparaît comme beaucoup plus fréquent.

C. — **Nombre.**

On peut dire que généralement la tumeur est unique. Cependant quelques observations insistent sur la *multiplicité des lipomes sous-séreux*.

Cette constatation peut être faite :

soit au cours de la première intervention ;

soit au cours d'une deuxième intervention pour récidive ;

soit, plus souvent, au cours d'autopsies.

— *Leur nombre* peut être très variable.

Huss a trouvé 12 lipomes de l'iléon, Haber 4, Hellsström, Essar, Novak signalent, dans des observations différentes, la possibilité de la multiplicité des lipomes.

— Parfois encore on trouve une *coexistence* de lipomes sous-séreux et sous-muqueux.

— Dans le cas de Hahn aux 4 lipomes sous-muqueux de l'iléon s'ajoutait un lipome sous-séreux de l'iléon.

— Dans celui d'Hellström, parmi les multiples lipomes de l'intestin, quelques-uns étaient sous-séreux.

— Enfin dans un cas d'Odelberg, il existait un lipome sous-muqueux et un sous-séreux de l'iléon, un lipome du mésentère, et du méso-sigmoïde, 4 lipomes du grand épiploon.

— *De cette longue énumération, nous ne retiendrons que le principe, au cours d'une intervention chirurgicale, de ne pas méconnaître la possibilité de la multiplicité des lipomes.*

D. — Volume

Le volume des lipomes est extrêmement variable. La plupart des auteurs comparent la tumeur à une noix et c'est le cas de notre observation n° I mais il en est de beaucoup plus volumineux. Des lipomes gros comme un poing ont été observés, mais les plus considérables siègent sur le gros intestin et non sur le grêle.

E. — **Forme**

La tumeur est généralement arrondie, ovoïde, à surface lisse ou irrégulière et mamelonnée.

Elle fait saillie dans la lumière intestinale en refoulant la muqueuse et, très souvent, elle arrive ainsi à se pédiculiser, constituant un polype lipomateux.

La surface d'implantation est extrêmement variable, dans notre observation n° I, celle-ci est large, étendue.

Dans les cas de nos polypes lipomateux (obs. n° II et IV) la base d'implantation est grêle, de petites dimensions.

— *Déjà de ces constatations anatomiques nous pouvons tirer les conclusions chirurgicales évolutives et thérapeutiques.*

Au point de vue évolutif.

Les tumeurs sessiles, à long pédicule, entraîneront facilement une invagination, les tumeurs largement implantées au contraire étant plus souvent la cause d'une occlusion.

Au point de vue thérapeutique.

L'ablation de ces tumeurs n'imposera pas toujours la même technique, les tumeurs pédiculées étant justifiables d'une simple ligature à leur base, les autres nécessitant au contraire une ablation large de la paroi intestinale souche de la tumeur.

F. — **Anatomie microscopique.**

1° LA TUMEUR :

Histologiquement la tumeur apparaît développée dans le tissu conjonctif, lâche, de la sous-muqueuse.

La tumeur présente la structure habituelle du lipome circonscrit. Le tissu adipeux est entouré d'une capsule conjonctive qui permet une énucléation facile et qui envoie dans la profondeur des trabécules s'insinuant entre les pelotons adipeux et lobulant la tumeur.

Ce tissu conjonctif est parfois extrêmement développé et donne à la tumeur les caractères du fibro-lipome.

C'est dans ces tractus conjonctifs que cheminent les vaisseaux nourriciers du lipome.

Tuffier et Lœwy dans leurs observations ont insisté sur le grand développement de cette vascularisation.

2° EN DEDANS DE LA TUMEUR :

Immédiatement en dedans de la tumeur on trouve la muscularis mucosæ hypertrophiée puis la muqueuse atrophiée ainsi que ses follicules lymphoïdes, Stetten, dans un de ses cas, note une hypertrophie presque adénomateuse des éléments glandulaires.

On a pu parfois constater une infiltration inflammatoire du lipome (Klein) sa dégénérescence kystique (Hoyt) et beaucoup plus souvent une nécrose en plaques ou des ulcérations de la muqueuse (Hoyt-Tedenat, Stabb-Knaggs - O'Clonor - Hellström - Klein - Hochenegg-Stetten, Lobe).

3° EN DEHORS DE LA TUMEUR :

En dehors le lipome est séparé de la séreuse par la tunique musculaire habituellement peu modifiée. Dans un cas de Förster pourtant, la musculaire faisait défaut au niveau de la tumeur, celle-ci s'était développée entre les deux feuillets du mésentère (trouvaille d'autopsie).

Tels sont donc les deux grands types de lipomes sous-muqueux et sous-péritonéaux.

Bœtticher et Lode vont plus loin dans cette différenciation et distinguent trois types :

1° Les petites tumeurs, multiples, nodulaires, polypeuses, provenant d'une petite inclusion isolée sous-muqueuse ;

2° La tumeur volumineuse et compacte occupant toutes les couches musculaires avec adhérence à la muqueuse ;

3° Le polype myomateux sous-séreux faisant saillie vers le péritoine.

B. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'INVAGINATION PROVOQUÉE PAR UNE TUMEUR

L'invagination intestinale est bien toute l'histoire clinique des tumeurs bénignes de l'intestin grêle. *De par la mobilité des anses, de par la tendance à se pédiculiser des tumeurs* cet accident évolutif est particulièrement fréquent. Sur nos quatre malades, trois furent opérées en pleine invagination.

Dans la statistique de Derocque, sur 49 lipomes du grêle, on relève 28 invaginations. Cette éventualité apparaît donc plus fréquente sur l'intestin grêle que sur le gros intestin. En effet sur 42 lipomes siégeant sur ce segment intestinal, 19 invaginations seulement furent observées.

Il y a lieu d'étudier l'invagination intestinale par tumeur de l'intestin grêle à deux points de vue ; d'une

part dans ses mécanismes ; d'autre part dans ses différentes modalités suivant le niveau de l'anse intéressée.

1° Mécanisme :

Schématiquement, avec Bonnamour, Duplant et Magnard on peut envisager la position de la tumeur par rapport à la tête de l'invagination sous les trois aspects suivants :

Dans un premier type (fig. I) la tumeur est située à la tête de l'anse invaginée ;

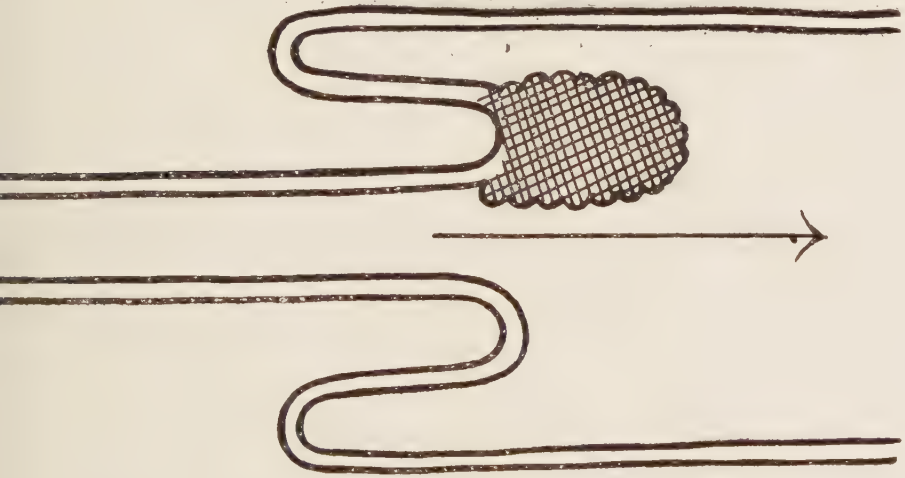


FIG. I. — 1^{er} type. La tumeur est entraînée en tête de l'anse rentrante.

Dans un second type (fig. II) elle est fixée au niveau du collet et constitue ainsi un point d'arrêt sur lequel glisse l'anse rentrante ;

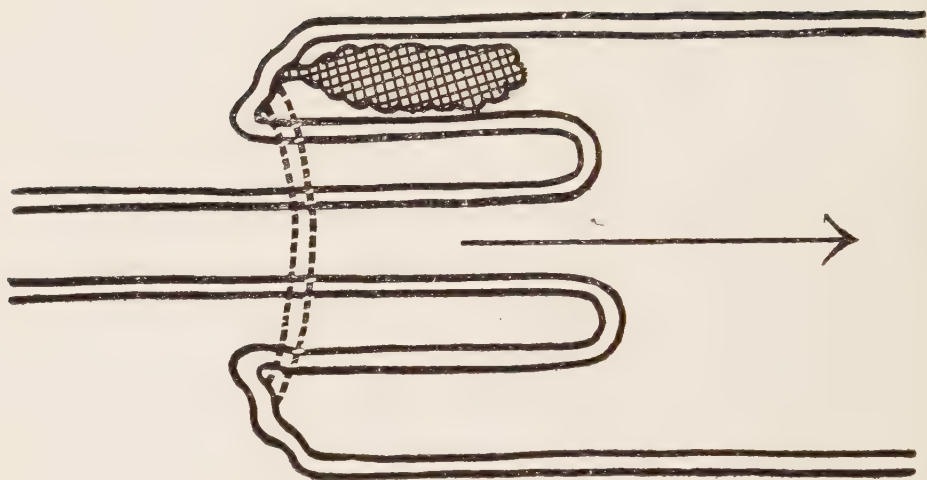


FIG. II. — 2^e type. La tumeur est au collet de l'invagination, son pédicule conjonctivo-musculaire forme un anneau d'arrêt élastique.

Dans un troisième type (fig. III) la tumeur, largement implantée sur la paroi intestinale produit un large épaissement qui déclanche l'intussusception mais se laisse dépasser par elle.

Ces différents modes d'invagination ne se déclarent pas avec la même fréquence.

L'invagination du premier type est certes de beaucoup la plus habituelle. Le deuxième mode n'est cependant pas une rareté.

— Dans un cas d'Odelberg, la tumeur n'était plus à la tête de l'invagination et il expliquait ce fait en admettant que la tumeur primitivement située à la tête avait secondairement quitté cette position à la suite d'une désinvagination spontanée partielle.

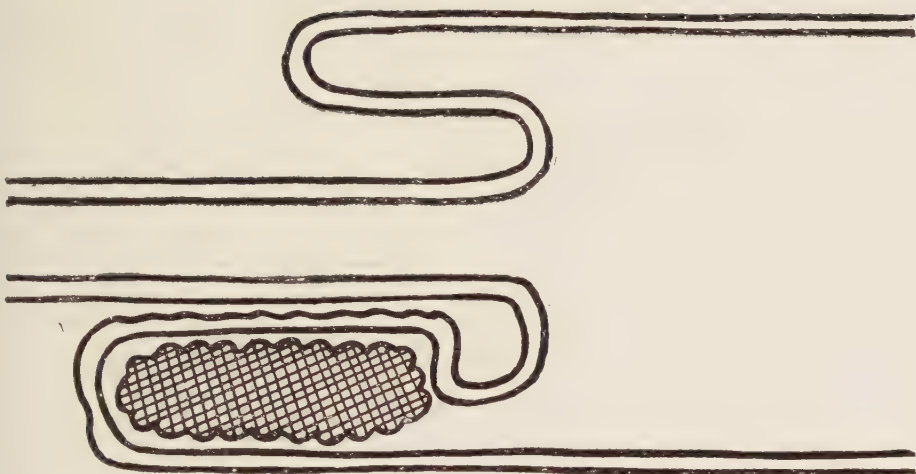


FIG. III. — 2^e type variante. Tumeur encastrée au niveau du collet (d'après Bonnamour, Duplant et Magnard).

— Dans les deux cas rapportés par M. Hartmann les invaginations *siègent aussi à distance de la tumeur*.

Celles-ci ne correspondent pas à la migration d'un polype poussé par les contractions de l'intestin et entraînant à sa suite les parois de celui-ci.

De semblables invaginations semblent ne correspondre qu'à des perversions de l'action musculaire et peuvent être comparées à celles que Peper et Brunner avaient constatées dans leurs expériences, lorsque, irritant sur des animaux, le tube intestinal, ils avaient vu se produire sous leurs yeux des *intussusceptions temporaires*.

— En réalité trois éléments concourent à provoquer l'invagination intestinale et disons tout de suite qu'ils n'agis-

sent pas toujours à l'état isolé, mais qu'ils coexistent, associant leurs effets :

Ces trois éléments sont constitués par :

L'amorce mécanique, le rétrécissement et le spasme.

— L'AMORCE MÉCANIQUE de l'invagination par cette tumeur happée par le cours des matières, puis entraînant avec elle les parois est évidemment le mécanisme le plus simple et le plus fréquent. Elle correspond au premier type que nous avons décrit.

— LE RÉTRÉCISSEMENT explique le deuxième mécanisme de l'invagination. La tumeur ne siège plus à la tête du boudin, celle-ci n'est qu'une cause indirecte de l'intussusception.

— *Cette invagination s'est déroulée au niveau d'un rétrécissement circulaire entraîné par la présence d'une tumeur intra-intestinale.*

Au pied du pédicule du polype ou du lipome, un processus élastique et rétractile s'est installé, développant autour du segment intestinal, une bague formant point d'arrêt. C'est sur cette bande d'arrêt que l'anse rentrante s'invagine.

Ce mécanisme peut être contrôlé par *l'examen histologique du pédicule*, des tumeurs bénignes de l'intestin grêle.

— LE SPASME enfin vient ajouter son influence active et déclanche les phénomènes d'intussusception.

2° Diverses modalités d'invagination.

Les invaginations intestinales du grêle, provoquées par une tumeur bénigne ne doivent pas être considérées sans que *le niveau de l'anse intéressée entre en ligne de compte.*

En effet tout à fait différentes peuvent être les évolutions d'invaginations hautes iléo-iléales d'une part, et celles d'invaginations basses iléo-caecales d'autre part.

— *Dans les invaginations iléo-caecales, basses, l'histoire clinique ne différera guère du tableau classique et l'évolution se poursuivra, dans la majorité des cas, vers l'occlusion.*

— *Dans les invaginations iléo-iléales hautes au contraire l'évolution présentera un caractère très particulier.*

Tumeur petite, anses très mobiles, rôle du spasme, tout concourt pour donner à *ces ébauches d'invaginations* un caractère intermittent, fugace, dont l'importance clinique est capitale.

Les réductions spontanées sont loin d'être exceptionnelles, *ces invaginations temporaires* méritent d'être signalées en vue d'une sanction thérapeutique précoce, de beaucoup moins meurtrière que l'intervention au cours d'une invagination en voie d'occlusion grave.

SIGNES CLINIQUES

— L'histoire clinique des tumeurs bénignes de l'intestin grêle est remarquablement fruste, elle dépend essentiellement des accidents mécaniques qui peuvent survenir. Mais si, en dehors des complications, cette histoire est très floue il y a le plus grand intérêt à en dépister les signes possibles afin d'éviter de se trouver en présence d'une occlusion brutale, trop souvent mortelle.

— Très schématiquement on peut distinguer dans l'allure clinique, deux formes de tumeurs bénignes.

les tumeurs sous-muqueuses ;

les tumeurs sous-séreuses.

Ces dernières restent, plus encore que les premières, ignorées pendant longtemps, mais cette division se légitime par les aspects différents des complications qui peuvent survenir après l'une ou l'autre forme de ces tumeurs.

A. — TUMEURS SOUS-MUQUEUSES

Clos divisait en trois phases l'évolution de ces tumeurs : Phase de latence, phase d'invagination intestinale

chronique, phase terminale caractérisée par la péritonite ou l'expulsion spontanée.

Actuellement cette description est certes beaucoup trop schématique et ne correspond pas aux faits cliniques.

En réalité, la symptomatologie de ces tumeurs est extrêmement variable et nous pouvons dire avec Stetten que ces tumeurs peuvent :

tantôt être absolument latente ;

tantôt se manifester par des signes d'emprunts ;

tantôt attirer l'attention par des troubles intestinaux chroniques.

Mais avant d'essayer de grouper les symptômes si divers, si frustes de ces tumeurs bénignes de l'intestin grêle nous voulons bien mettre en valeur *ces deux notions capitales.*

— *La grande fréquence des complications occlusives* qui sont le plus souvent la seule manifestation clinique première de la tumeur.

— *L'importance des signes négatifs.*

L'évolution clinique d'emprunt ne cadre jamais entièrement avec le diagnostic porté, que l'on ait pensé soit à l'appendicite, soit à un ulcère gastro-intestinale *toujours des discordances cliniques sont manifestes.* Il manque constamment au tableau clinique des caractères importants.

Ces signes négatifs devront attirer l'attention et au cours de l'intervention, on ne devra pas se contenter de constater l'erreur diagnostique mais bien chercher ailleurs la cause existante de ces symptômes flous, polymorphes et atypiques.

1° Latence

Dans nombre de cas, la tumeur bénigne de l'intestin grêle reste silencieuse, n'occasionne aucun trouble et n'est reconnue qu'à l'autopsie, ou au cours d'une intervention chirurgicale pratiquée pour une toute autre affection.

Derocque dans sa statistique affirme que 34 pour 100 des lipomes du grêle restent ainsi sans traduction clinique et il les oppose aux lipomes du gros intestin dont la proportion restée ignorée n'est que de 9 %.

2° Symptomatologie d'emprunt

C'est là une des fréquentes manifestations cliniques des tumeurs bénignes de l'intestin grêle.

Raiford, récemment, insiste encore sur les erreurs de diagnostic les plus variées que ces tumeurs peuvent entraîner.

Une de nos malades fut opérée avec le diagnostic d'ulcère de la petite courbure et ces erreurs se retrouvent nombreuses dans les différentes publications.

Ces tumeurs peuvent ainsi revêtir :

Tantôt une symptomatologie d'appendicite ;

Tantôt une symptomatologie de sténose gastrique ;

Tantôt une symptomatologie d'ulcère gastro-duodéal.

a) Signes de fausse appendicite.

L'erreur qui consiste à interpréter les douleurs, les tiraillements, les nausées légères dues à la tumeur

comme des signes d'appendicite chronique est particulièrement courante.

Dans la majorité des observations relevées on constate qu'avant d'arriver au diagnostic exact de la lésion, presque toujours on a pratiqué une *appendicectomie*.

Mariantschik, dans un article, développa cette erreur coutumière ; nous-même, dans le cas où il nous fut donné de voir la malade en dehors d'une complication, avons constaté que l'appendicectomie avait été préconisée et exécutée.

Cliniquement le diagnostic est quasi impossible. En pratique, *l'examen radiologique* pratiqué systématiquement en présence de toute appendicite chronique pourra seul infirmer ou confirmer ce diagnostic. Cet examen, d'autre part, n'aura pas toujours qu'une valeur négative, il pourra parfois permettre de s'orienter vers le diagnostic de tumeur de l'intestin grêle.

b) Signes de sténose gastrique.

Il nous semble intéressant de rappeler deux observations de M. le Pr Hartmann qui opéra deux cas de tumeurs bénignes de l'intestin grêle, un adénome et un polype. Dans les deux cas la tumeur avait déterminé la production d'une stase gastrique pouvant faire croire à l'existence d'une sténose d'origine ulcéreuse.

Cliniquement on trouvait un véritable liquide résiduel dans l'estomac avec présence de bile, des douleurs tardives plus ou moins rythmées sur l'horaire des repas, des vomissements et de la diarrhée.

e) **Signes d'ulcères gastro-duodénaux.**

L'ulcère de la petite courbure fut le diagnostic porté dans notre observation n° 1.

La même erreur peut être retrouvée dans d'autres rapports mais cependant quelques signes, si l'attention est éveillée, font douter de la certitude du diagnostic.

Les hématémèses ne sont pas observées chez les malades porteurs de tumeur bénigne de l'intestin grêle.

Les vomissements sont inconstants, plutôt remplacés par des nausées, sorte de tiraillements internes.

Les douleurs sont imprécises, elles manquent de fixité. Ce caractère fugace des douleurs doit donner l'éveil, jamais elles ne siègent avec constance au même niveau, jamais elles ne présentent d'irradiations régulières, elles sont absolument capricieuses.

— Parfois on peut les faire cadrer avec l'horaire des repas, mais ce résultat n'est souvent qu'un artifice de l'interrogatoire.

Si le malade est laissé à lui-même, si les réponses ne lui sont pas suggérées par les demandes, bien plus souvent il accusera des douleurs atypiques, survenant sans aucun ordre, sans relations avec les heures d'alimentation.

— Enfin, signe de grosse valeur *l'épreuve du traitement gastrique* reste négative. Le bismuth, la belladone sont sans actions apaisantes.

Les signes généraux peuvent plus facilement prêter à confusion. Dans nos observations I et III l'amaigrissement était très important mais là encore, *la conservation*

intégrale de l'appétit jetait une note discordante dans le tableau clinique.

Cet *appétit resté normal* au milieu des douleurs, de l'amaigrissement, etc... n'était pas le fait d'un ulcus de la petite courbure.

— *L'évolution générale des symptômes* offre en faveur de la tumeur de l'intestin grêle, un aspect un peu particulier.

Dans l'ensemble, nous assistons à une évolution par crises, par poussées correspondant certainement à des troubles mécaniques plus ou moins accentués. Ces accidents fugaces, capricieux, entrecoupés d'intervalles pendant lesquels la malade ne présente plus aucun signe pathologique n'est nullement en faveur de l'ulcus de la petite courbure.

— *L'ulcère duodénal* au contraire s'accommode mieux de ces signes d'emprunt.

Gatellier a insisté sur la fréquence de cette erreur diagnostique.

En effet ici quelques symptômes donneront plus aisément le change.

Hémorragies intestinales, évolution par poussées sont les deux éléments les plus importants qui peuvent orienter le diagnostic vers la localisation duodénale.

— Telle est la symptomatologie d'emprunt que peut revêtir l'affection qui nous occupe, nous verrons plus tard quelle part peut assurer l'examen radiologique dans la recherche d'un diagnostic exact.

d) Signes intestinaux chroniques.

L'apparition de signes intestinaux est très fréquente chez les malades porteurs de tumeurs sur l'intestin grêle. Ceux-ci peuvent accuser :

soit des douleurs ;

soit des modifications dans le cours des matières ;

soit des hémorragies.

— *La douleur* est le symptôme le plus souvent noté, soit une simple gêne, simple pesanteur, soit des crampes ou coliques survenant par crises qui, dans quelques cas, se sont montrées en relation avec l'horaire des repas (Albrecht, Hellström, Meyer).

Ces douleurs sont le plus souvent diffuses et il est rare que les malades les localisent à la région correspondant à la tumeur.

Ces douleurs sont parfois extrêmement mobiles, les sujets se plaignent de « quelque chose qui se déplace dans l'abdomen » (Blond Sutton, Hellström, Stetten).

— *Les modifications dans le cours des matières* ne sont pas rares, alternatives de diarrhée et de constipation, ou constipation opiniâtre, constante, pouvant aller jusqu'à l'obstruction chronique. Il s'ensuit alors, dans ces cas, quelques autres troubles digestifs, anorexie, nausées, flatulence.

Les hémorragies constituent un symptôme extrêmement fréquent, presque toutes les observations les mentionnent.

Suivant l'importance des altérations de la muqueuse qui recouvre la tumeur ce signe peut exister ou faire défaut.

Dans nos quatre observations, deux d'entre elles révèlent une hémorragie intestinale importante. Gatellier insiste sur leur fréquence et sur leurs modes d'apparition :

soit intermittentes et capricieuses ;

soit causées par les efforts.

Mais si cliniquement le sang n'apparaît pas toujours dans les selles, de nombreux auteurs signalent sa présence après la recherche de Meyer et Veber (Russel, Ward, Brunner, Zabef).

En résumé l'hémorragie reste un gros symptôme, attirant le clinicien vers une lésion intestinale.

— Nous venons de voir les symptômes fonctionnels qui peuvent, en dehors de toute complication, amener le malade à consulter. En somme, aucun signe pathognomonique, mais une série de tableaux incomplets orientant vers une affection du tube digestif.

C'est le fond clinique chronique sur lequel apparaîtra *l'accident mécanique qui seul dans la majorité des cas, entraînera l'intervention chirurgicale puis le diagnostic précis.*

— Cependant, dans les cas rares où le malade se présente dans cette période pré-occlusive, si l'on peut dire, sous quels signes physiques peut on soupçonner l'existence d'une tumeur bénigne de l'intestin grêle ?

L'examen suivra trois étapes, comprenant tout d'abord l'examen local abdominal, puis l'examen général, enfin l'examen radiologique.

1° EXAMEN LOCAL :

L'abdomen est généralement plus ou moins ballonné,

le but de l'exploration sera de dépister une *tumeur abdominale*.

Cette tumeur abdominale n'est nullement constante. P. et A. Derocque cependant affirment l'avoir perçue dans 1/3 des cas environ. Cette tumeur, lorsqu'elle existe, présente des *caractères bien spéciaux*.

Petite, non adhérente, siégeant sur un organe essentiellement mobile, cette tumeur *fuit sous l'examen*, son déplacement est d'une facilité surprenante, elle est d'une grande mobilité.

— Au cours de plusieurs examens successifs cette tumeur n'est jamais retrouvée à la même place, c'est là un élément de diagnostic très important, éliminant ainsi les organes fixes.

— Il importe en outre de savoir si cette tuméfaction, perçue par la palpation de l'abdomen, correspond vraiment à la tumeur intestinale.

— La plupart des auteurs paraissent d'accord pour affirmer que les sensations manuelles sont dues à une *pseudo tumeur*.

Les différentes observations qui accusent à l'examen la perception d'une tumeur reconnaissent qu'à l'intervention, la pseudo-tumeur n'est qu'une corde, une adhérence, un magma épiploïque (Gatellier-Beloux).

— Lorsqu'il existe un léger degré d'obstruction intestinale, une ébauche de poche sus-stricturale suffit à donner une impression de fausse tumeur.

— Dans un cas d'Ehrlich la tumeur perçue était une adénopathie calcifiée, ne paraissant avoir aucune relation avec le lipome.

— *Quelle est la valeur du toucher rectal ?* — L'exploration de l'anus et du rectum peut donner parfois des renseignements mais il est exceptionnel que la tumeur invaginée et palpable par le toucher rectal n'ait entraîné des signes cliniques d'occlusion.

Dans notre observation n° 1 de lipome opéré avant toute complication, le T. R. est resté totalement négatif.

— On le pratiquera donc systématiquement bien plus pour éliminer les affections susceptibles d'entraîner des phénomènes intestinaux que pour en obtenir un élément positif de diagnostic.

2° EXAMEN GÉNÉRAL :

L'appréciation de l'état général du malade permet, si le diagnostic de tumeur abdominale est posé, de présumer de sa nature.

On peut tirer des conjectures sur la nature BÉNIGNE OU MALIGNE de la tumeur suivant l'atteinte plus ou moins marquée de l'état général.

3° EXAMEN RADIOLOGIQUE :

L'examen radiologique n'a été que peu fréquemment pratiqué et ceci s'explique facilement.

Tantôt la malade est vue en dehors d'accidents mécaniques et les signes d'emprunt qu'elle accuse font localiser la plaque au niveau de la région iléo cæcale, au niveau du duodénum ou de l'estomac.

Ainsi la tumeur étant sur le grêle passe inaperçue, d'autre part à la radioscopie simple il est souvent très difficile de surprendre une image de tumeur au milieu des ombres mêlées des anses grêles.

Tantôt c'est en pleine invagination que la malade est examinée et la rapidité nécessaire des examens, l'état plus ou moins résistant du sujet font que souvent les renseignements sont très précaires.

Dans notre observation II, pourtant la baryte injectée par lavement a montré un obstacle. Dans notre observation n° III l'examen ne fut pas d'une utilité réelle.

Lecène cependant déclare que l'examen radiologique a permis quelquefois de faire le diagnostic lorsqu'il existait une image typique, *dilatation de l'intestin avec espace clair central entouré de deux coulées noires produites par la bouillie barytée.*

En résumé, dans la pratique courante, sans phénomène d'invagination, il y a peu de chose à attendre de l'examen radiologique de cette tumeur non compliquée.

Mais, là encore, c'est l'absence de lésions radiologiques cæco-appendiculaires, duodénales ou gastriques qui doit infirmer les diagnostics posés sur la symptomatologie d'emprunt et inciter à pousser plus loin la recherche de la véritable affection causale.

TUMEURS SOUS-SÉREUSES

Les tumeurs sous-séreuses de l'intestin grêle restent généralement méconnues jusqu'au jour où éclate une complication.

Elles ne présentent pas de signes fonctionnels susceptibles de retenir l'examen — les hémorragies font défaut, les douleurs sont réduites au minimum,

— De petit volume ou encore de dimensions moyennes, elles peuvent provoquer une invagination.

— Mais si elles s'extériorisent, elles restent silencieuses jusqu'au jour où leur poids leur permet de couder l'intestin ou de se tordre sur leur axe.

C'est d'ailleurs une règle générale que, dans l'abdomen, une masse pesante, plus ou moins pédiculée, puisse subir des accidents passagers ou définitifs de coudure et de torsion. N'en est-il pas de même pour les kystes de l'ovaire, pour les fibromes pédiculés pour les salpingites kystiques, pour l'anse sigmoïde longue et chargée de matières.

L'observation rapportée par Brocq et Hertz est un exemple typique de ces accidents. Le malade en était à sa troisième crise et l'on peut s'étonner qu'une tumeur aussi volumineuse et aussi lourde (585 grammes) ait pu passer ignorée si longtemps et que la complication grave et inéluctable de la torsion ait tant tardé à se produire.

EVOLUTION

— Nous venons de voir le tableau clinique que peut entraîner une tumeur bénigne de l'intestin grêle. Cette description, un peu artificielle, n'est le plus souvent complétée que rétrospectivement au cours de l'interrogatoire post-opératoire des malades.

— Le diagnostic de tumeur bénigne de l'intestin grêle n'a en effet jamais été porté avant l'intervention en l'absence de complications mécaniques.

— *L'évolution de ces tumeurs peut être très longue, indolente, insidieuse.*

Le parallélisme entre les signes cliniques et l'évolution anatomique de la tumeur est aisé à reconstituer.

— *Suivant son volume* la symptomatologie varie de vagues douleurs abdominales aux crises nettes d'obstruction.

— *Suivant sa mobilité, ses adhérences*, le tableau sera celui d'une appendicite, d'un ulcère gastrique ou duodénal.

— *Suivant son siège par rapport à l'intestin lui-même* des complications particulières pourront survenir.

Les volvulus, les ruptures du pédicule sont plus fré-

quents au cours des tumeurs sous séreuses, l'évacuation spontanée et l'invagination restant l'apanage des formes sous-muqueuses.

La transformation maligne, les compressions au contraire, peuvent apparaître dans l'une et l'autre forme clinique.

Au total, deux grands types de complications ;

les complications de dégénérescence ;

les complications mécaniques.

Disons tout de suite que les complications mécaniques constituent toute l'histoire clinique des tumeurs bénignes de l'intestin grêle. Cliniquement, c'est le plus souvent au cours d'une complication que l'on est amené à examiner ce malade et c'est avant tout *l'occlusion par invagination qui s'affirme comme la complication de beaucoup la plus fréquente*. Nous verrons plus loin ses caractères particuliers et là encore, suivant le processus anatomique, il nous faudra distinguer les invaginations iléo-cæcales et les invaginations iléo-iléales.

I. — Transformation maligne

La transformation maligne, complication commune aux deux formes de tumeurs bénignes, (sous-séreuse et sous muqueuse) doit être envisagée là comme dans les fibro-myomes utérins. C'est une complication rare.

Dans l'observation de Gatellier et Beloux c'est l'examen histologique qui révéla la transformation maligne d'un polype banal macroscopiquement et très hémorragique.

« La pièce, examinée par Moutier, montra un aspect de tumeur bénigne, polype formé par un épithélium cylindrique groupé en digitations adénomateuses extrêmement sévères.

L'aspect de la tumeur bénigne ne se maintient pas à la périphérie de la lésion où les cellules ne conservent pas la formation adénomateuse mais *s'infiltrant en rubans néo-plasiques* dans le tissu conjonctif et dans le tissu musculaire, envahissant même les lymphatiques ».

Donc, de cette possibilité de transformation, il faut retenir la nécessité d'un examen histologique complet de la tumeur enlevée.

Au point de vue pronostic, en effet, cette notion de bénignité ou de malignité doit être précisée ; cliniquement d'ailleurs, le caractère de la tumeur a pu parfois être soupçonné devant une atteinte profonde de l'état général.

II. — Complications mécaniques

Les complications mécaniques peuvent être de plusieurs ordres : plusieurs éventualités sont possibles de fréquence et d'intérêt très inégaux.

- L'évacuation spontanée ;
- Le volvulus de l'anse qui porte la tumeur ;
- La rupture du pédicule ;
- Les compressions ;
- L'invagination et l'occlusion.

1° Evacuation spontanée :

L'évacuation spontanée est une complication propre aux tumeurs sous-muqueuses.

Cette évolution est exceptionnelle, sur 136 observations de lipome du tube digestif. Miralli n'a réuni que 11 cas d'expulsion spontanée. Dans la plupart des cas, il n'y eut que l'expulsion de la tumeur seule, beaucoup plus rarement l'expulsion de la tumeur eut lieu avec le cylindre d'invagination (cas de Ninaus et de Power).

— En général, cliniquement, c'est à la suite de crises douloureuses successives que le malade rejette par l'anus, au milieu d'une hémorragie assez abondante le plus souvent, une tumeur piriforme, plus ou moins grosse, entourée ou non de muqueuse nécrosée.

— C'est le plus souvent l'examen histologique qui peut confirmer la nature exacte de cette tumeur.

2° Volvulus de l'anse intestinale qui porte la tumeur :

Complication encore rare, elle semble être plus fréquente dans le cas de tumeurs sous-séreuses.

Bréchet a signalé un cas de lipome sous-séreux qui a entraîné un volvulus.

Il s'agissait, dit-il, d'un lipome sous-séreux siégeant sur la fin de l'iléon à environ 40 cm. du cæcum. Le poids du lipome ayant coudé l'anse sur laquelle il siégeait, le péristaltisme intestinal l'avait fait secondairement pivoter autour de son axe.

Brocq et Hertz rapportent une observation très intéressante par sa rareté. Après trois crises très douloureuses abdominales, séparées par de longues périodes

de bien-être, le volvulus fut complet et l'intervention révéla une torsion d'une anse grêle dont le sommet de la boucle tordue était le siège d'un lipome sous-séreux du poids de 585 grammes.

3° La rupture du pédicule

Cette complication absolument particulière aux tumeurs sous-séreuses doit être exceptionnelle.

Nous n'avons pas pu retrouver dans la littérature une seule observation où elle fut mentionnée.

Il ne paraît cependant pas invraisemblable qu'un lipome sous-séreux puisse s'extérioriser à un tel point qu'il ne soit plus appendu à l'intestin que par un mince pédicule.

Cette disposition anatomique favoriserait grandement son exérèse.

4° Les compressions

Ce n'est que très rarement que les tumeurs bénignes de l'intestin grêle se manifestent cliniquement par des signes de compressions.

Il faut pour que celles-ci apparaissent que la tumeur soit d'un volume très important ce qui n'est pas habituel.

Cependant quelques cas peuvent être relevés de compression hépatique, et mésentérique.

5° Invagination intestinale-occlusion

L'invagination intestinale, entraînant l'occlusion dans la plupart des cas est la véritable et unique complication des tumeurs bénignes de l'intestin grêle.

C'est l'évolution presque fatale à longue échéance de ces tumeurs, d'autre part celles-ci sont, de beaucoup, la cause la plus fréquente des invaginations intestinales de l'adulte.

Derocque déclare que sur 32 lipomes de l'intestin grêle qui ont eu une traduction clinique, 28 soit 88 % se sont compliqués d'invagination.

— Dans nos observations II, III et IV le mécanisme de cette invagination apparaît nettement sur les pièces anatomiques.

La tumeur pédiculée faisant saillie à l'intérieur de la barrière intestinale entraîne à sa suite le segment intestinal sur lequel elle s'insère et produit ainsi l'invagination.

L'occlusion est dans la règle la conclusion de cette intussusception, cependant elle peut mais très rarement, n'être due qu'au volume de la tumeur auquel vient s'ajouter le rôle du spasme.

Ces occlusions ne sont pas toujours très serrées ; les signes n'emportent pas toujours le diagnostic par leur allure schématique, aussi l'intervention est-elle à tort souvent retardée.

CLINIQUEMENT. — Nous ne voulons pas revenir sur les signes classiques de l'invagination intestinale chez l'adulte.

Trois points retiendront seulement notre attention.

— Les petits signes cliniques qui permettent parfois de soupçonner la cause de l'occlusion ;

— Les différents types d'occlusion ;

— Les signes radiologiques.

a) En présence d'un syndrome occlusif un signe peut dans quelques cas permettre de poser un diagnostic étiologique.

C'est la constatation d'une *tumeur intra-abdominale, petite, mobile, exquieusement douloureuse*. Nous l'avons retrouvée dans notre observation n° IV.

b) L'apparition des signes d'invagination intestinale est très variable.

Tantôt, c'est d'emblée, sans aucuns troubles antérieurs que se déclanche l'accident mécanique.

Tantôt, celui-ci n'est que l'aboutissant des symptômes chroniques étudiés ci-dessus et évoluant soit depuis quelques semaines seulement, soit au contraire depuis plusieurs années.

Mais il nous faut insister sur le contraste que présentent les invaginations iléo-iléales et les invaginations iléo-cæcales.

Leurs caractères anatomiques différents leur prêtent des allures cliniques très dissemblables.

— *Les invaginations iléo-cæcales* (lorsque la tumeur siège dans les derniers centimètres de l'iléon) suivent la loi commune de l'invagination de l'enfant. Une fois engagée dans le cæcum l'iléon poursuit son intussusception et rapidement, *sans rémissions, inexorablement*, l'occlusion est complète.

— *Les invaginations iléo-iléales* (lorsque la tumeur siège sur le grêle à une grande distance du cæcum) sont au contraire des invaginations *transitoires incomplètes*.

Au niveau de ce segment intestinal, essentiellement mobile, à méso mince, les notions de coin mésenté-

rique, d'engagement de l'appendice ne jouent plus.

— C'est à la suite de contractions, d'efforts, que de petites invaginations passagères s'effectuent et se désinvaginent rapidement.

C'est là, pensons-nous, la cause anatomique de ces crises abdominales douloureuses que nous retrouvons dans nos quatre observations et que nous avons pu presque constamment retrouver dans la littérature.

c) L'examen radiologique pourrait donner d'utiles renseignements.

Malheureusement dans nos quatre observations il n'en est pas ainsi. Il est très rare que cet examen ait le temps d'être pratiqué.

Tantôt la tumeur n'est pas compliquée et c'est alors une découverte opératoire.

Tantôt le malade est en occlusion aiguë et l'opération est menée hâtivement avant tout concours radioscopique.

Dans une très belle observation, Masmonteil rapporte, dans un cas d'occlusion, une image très intéressante en museau de tanche donné par la tête de l'invagination puis une image de réduction incomplète de cette dernière.

En pratique on peut conclure que dans les cas de tumeurs non compliquées, devant l'absence de signes positifs à l'estomac, à l'appendice et devant l'échec du diagnostic clinique, on aurait intérêt à examiner radiographiquement le grêle. Mais on en connaît toute la difficulté.

— dans les cas de tumeurs compliquées l'examen radio-

graphique sera un utile adjuvant mais qui demandera le plus souvent à être complété par une laparotomie minima de contrôle.

Diagnostic

En cours de route nous avons suffisamment montré toute la faiblesse de la symptomatologie propre des tumeurs bénignes de l'intestin grêle pour qu'il soit utile d'insister sur la difficulté du diagnostic.

Il est le plus souvent insoluble et si cependant le clinicien a envisagé la possibilité d'une tumeur de l'intestin il lui restera encore à préciser *sa nature bénigne ou maligne*.

Lorsqu'on a constaté la présence d'une tumeur intestinale, on pense infailliblement à un cancer ou à un sarcome.

Seule, la longue évolution des troubles pourrait faire envisager la possibilité d'une tumeur bénigne, diagnostic qu'on n'osera jamais porter, étant donné la rareté de l'affection.

— *Nous verrons, plus tard, le rôle de cette incertitude dans le choix du traitement chirurgical.*

OBSERVATIONS

Obs. I. — Lipome de l'intestin grêle.

Mme R..., âgée de 38 ans, ménagère, entre dans le service de la Salpêtrière le 6 février 1923 pour douleurs épigastriques.

DÉBUT : Le début de ces douleurs remonte au mois d'octobre 1921. Aucun passé gastrique ou intestinal auparavant.

Douleurs épigastriques en barre, irradiant à droite et dans le dos, douleurs violentes, sans nausées, sans vomissements, durant 2 heures, calmées par les compresses chaudes, sans ictère consécutif.

Puis intervalles de 15 jours, puis nouvelles crises douloureuses. Depuis 1921 la malade a ainsi présenté trois crises douloureuses.

EN JUIN PUIS EN JUILLET 1922 devant ce tableau clinique on pense à l'appendicite et à la vésicule.

L'appendicectomie est pratiquée à l'hôpital de la Pitié en août 1922.

Malgré cette intervention la malade continue à se plaindre de douleurs épigastriques, et irradiant autour de l'ombilic, coexistant avec une constipation durant 3 à 4 jours (mouvements péristaltiques avec borborygmes de la région cæcale).

EN FÉVRIER 1923 : La malade vient à nouveau consulter

pour des douleurs irrégulières, apparaissant le matin, l'après-midi, la nuit *sans rapport horaire avec les repas*. Ces douleurs sous-ombilicales irradient dans le dos et dans l'hypocondre droit.

Elles ne sont pas calmées par la belladone, le bismuth. Il n'y a ni vomissements, ni hématomésés, ni mœlena, le toucher rectal reste négatif.

L'amaigrissement est important, 21 kilog. depuis le mois de juin 1922, mais l'appétit est conservé.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE a montré un estomac déformé en escargot, on pense à un ulcus probable de la petite courbure.

Les examens para-cliniques, sang, urine, etc... ne révélèrent aucun détail de valeur.

Le D clinique posé fut celui de : Séquelles d'appendicectomie ou ulcère de la petite courbure.

OPÉRATION : 16 février 1923, M. le Pr Gosset. Ether. *Laparotomie médiane* sous-ombilicale. On explore l'estomac, on ne trouve rien, la vésicule est normale, l'épiploon aussi, le duodénum est intact. On est frappé d'apercevoir dans la profondeur une anse grêle distendue, on l'amène au dehors. Il s'agit d'une invagination de l'intestin grêle sur une grande longueur. On désinvagine facilement et on constate que la cause de cette invagination est une tumeur localisée dont la nature est inconnue.

Dans ces conditions on décide de réséquer la portion de l'intestin grêle malade.

On fait l'écrasement des deux bouts, on lie le mésentère par paquets et on fait une anastomose latérale à la soie, surjet sèreux, à la soie, en arrière surjet total, en avant 3 surjets. Fermeture de la paroi à la soie.

SUITES POST-OPÉRATOIRES : Le lendemain 38.5, la malade sort le 9 mars sans incidents. Guérison complète.

Revue le 24 mai 1923, l'examen radiologique ne montre aucune image anormale au niveau de l'anastomose..

En mai 1933, la malade est en parfaite bonne santé et ne présente aucun trouble intestinal.

EXAMEN DE LA PIÈCE :

A. — *Examen macroscopique.*

Cet examen confirme la présence d'une tumeur de l'intestin grêle (fig. IV).

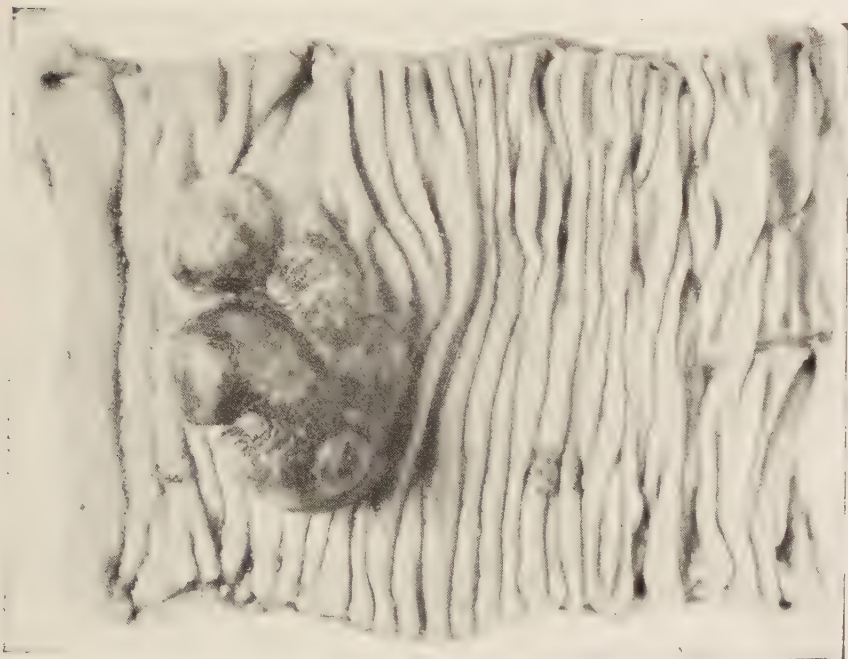


FIG. IV.

Tumeur multi lobulaire, sessile, large surface d'implantation au niveau du bord libre du grêle.

Grosseur totale, grosse noix.

Surface d'un rouge vineux, lisse.

Consistance très molle, l'épithélium muqueux semble glisser sur les plaies profondes.

A la section, masse blanchâtre, gélatineuse, d'aspect myxoïde, sans aucune consistance.

La surface externe de l'intestin, au niveau de la tumeur présente une zone blanchâtre de la dimension d'une pièce de 10 sous. Surface légèrement déprimée.

B. — *Examen microscopique* : Fig. V.

Lipome de la celluleuse. Musculaire intacte. La celluleuse est remplacée par du tissu graisseux à larges vésicules adipeuses, renfermant très peu de cellules fines, sans aucun caractère monstrueux cytologique.

Le chorion muqueux est fortement œdématié, suffusions sanguines, hémorragiques, immédiatement au-dessous de l'épithélium de revêtement.

Au total, lipome du grêle, ayant entraîné une invagination iléo-iléale, facilement réductible.

Obs. II. — Polype de l'intestin grêle.

Mme R..., 61 ans, entre dans le service de M. le Pr Gosset, le 11 février 1929 *pour accident intestinal aigu*.

ANTÉCÉDENTS : En juillet 1928 la malade fut prise d'une douleur intense, brutale, donnant la sensation de torsion sous l'hypocondre gauche. En même temps il y eut une hémorragie de sang rouge pur par l'anus. Cette première crise dura 3 heures.

En octobre 1928 les mêmes accidents se déclarent et durèrent 2 heures, sang à l'anus.

Le 29 janvier 1929, nouvelle crise, très forte celle-ci, pendant 8 heures, sang à l'anus.

Mais insistons sur ce fait qu'entre les phénomènes douloureux la malade se sent très bien. Jamais de vomissements, jamais d'hémorragies. Pas d'amaigrissement notable.

A L'EXAMEN, le 11 février 1929, après la dernière crise.

L'état général est bon en apparence, l'abdomen n'est que très peu modifié dans sa forme et son volume.

La palpation révèle une légère douleur dans la fosse iliaque gauche où on peut sentir une masse dure, irrégulière, mobile, oblique en bas et en dedans.

Ni le T. R., ni le T. V. ne donnent de résultats complémentaires.

EXAMEN RADIOLOGIQUE : Cet examen confirme le diagnostic en précisant la présence d'une image d'invagination de l'iléon et du cæcum ascendant dans le transverse.

RECTOSCOPIE : Elimine la possibilité d'une tumeur rectale mais montre la présence à 11 cm. de l'anus d'un petit polype sessile, gros comme un pois.

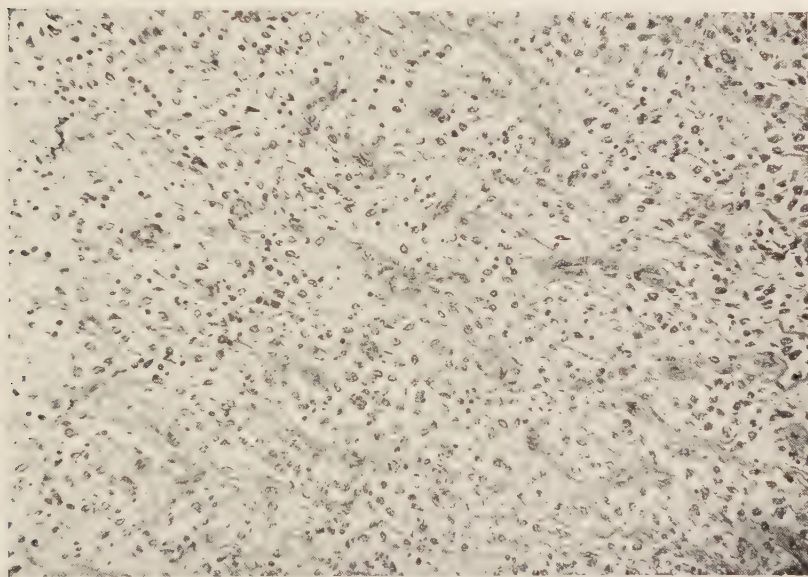


FIG. V.

Coagulabilité. Azotémie et albuminurie n'ont rien que de très normal.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Invagination iléo-cæcale.

OPÉRATION : Le 11 février 1929. Rachie. M. le Pr Gosset. Incision médiane sous-ombilicale. On désinvagine le cæcum qui s'était invaginé dans le côlon ascendant jusqu'à l'angle droit et l'on s'aperçoit qu'il s'agit d'une tumeur végétante de la valvule iléo-cæcale (l'examen de la pièce, modifiera cette impression première).

On résèque le cæcum à quelques centimètres de l'iléon et on fait une iléo-transversostomie au bouton de Murphy, quelques points à la soie par dessus. Fermeture de la paroi à la soie.

SUITES OPÉRATOIRES : Le lendemain la température monte à 39°.

Malgré la rachi, la malade fait de violentes complications pulmonaires (Weill et Dufour).

Elle monte à 40-41° et meurt le 13 février 1929.

EXAMEN DE LA PIÈCE :

A. — *Examen macroscopique* : Fig. VI.

On aperçoit distinctement, sur la pièce, de haut en bas, l'invagination dans le cæcum d'une tumeur provenant du grêle.

La masse polypeuse du volume d'une grosse noix, tumeur multi-lobulée, tumeur friable de consistance molle, grenue.

Aucune dureté.

Elle est reliée par un pédicule gros comme un petit doigt à la face interne du grêle à 4 cc. de sa terminaison.

On en fait aisément le tour.

La muqueuse cæcale, retournée et très œdémateuse, mais sans aucune induration.

B. — *Examen histologique*. Fig. VII.

Tumeur polypeuse du grêle, l'épithélium cylindrique simple a conservé sa structure normale.

On y retrouve de nombreuses cellules, muqueuses caliciformes.

Pas de mitoses anormales. Pas de monstruosités cellulaires.

Il s'agit d'un polype sans dégénérescence néoplasique.

Obs. III. — Fibro-myxome pédiculé.

« Cette observation nous fut obligeamment prêtée par le docteur Desplas, que nous remercions ici de son amabilité ».



FIG. VI.

M. G..., 39 ans, entre à la clinique privée de M. le Pr Gosset, le 29 décembre 1922. Il y est admis d'urgence avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

ANTÉCÉDENTS : Dysenterie en 1921, depuis 1922 le malade se plaint de douleurs sourdes à localisation hypocondrale gauche. Dans le courant de l'année il présente en outre des alternatives de diarrhée et de constipation. Il se plaint de douleurs, continues, siégeant à gauche, mais irradiant vers la droite et la fosse iliaque droite, le malade n'a jamais constaté de mouvements de reptation sous la paroi. Pas de fièvre, jamais d'hémorragie intestinale.

Le 25 et le 26 décembre 1932 à la suite de crises de plus en plus douloureuses, les vomissements apparaissent.

Le 28 décembre l'examen a révélé chez un malade maigre, fatigué, pâle, un ventre avec ballonnement péri-ombilical. Pouls bon. Pas de fièvre.

Ce ballonnement augmente au moment des crises douloureuses qui sont fréquentes et spontanées toutes les dix minutes environ.

On ne voit pas de reptation sous la paroi ; la zone para-ombilicale gauche s'étend au moment des crises. On y constate :

1° une zone mate, de matité liquide, encadrée par des zones sonores tympaniques.

2° du clapotage ;

3° des gargouillements et des bruits musicaux fusants ;

4° au moment des crises comme une augmentation de la tension sous-jacente ;

5° dans l'intervalle des crises on sent à gauche une masse allongée, ferme, donnant l'impression d'un boudin d'invagination. Ce boudin est immédiatement sous-jacent à la zone de matité liquide. Pas d'ascite dans le ventre. Pas d'hémorragies intestinales.

Trois jours d'arrêt des selles. Le toucher rectal est absolument négatif, mais il permet de constater dans le Douglas une anse dilatée et clapotante.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Occlusion intestinale chronique en

poussée subaiguë, occlusion portant sur le grêle, occlusion basse par rétrécissement avec invagination.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE : pratiqué par le Dr Gutmann.

L'interprétation est difficile, et n'apporte aucune précision à l'examen clinique, l'image est celle d'un obstacle infranchissable sur le grêle.

OPÉRATION : le 30 décembre, par MM. Dr Desplas et Wilmoth.

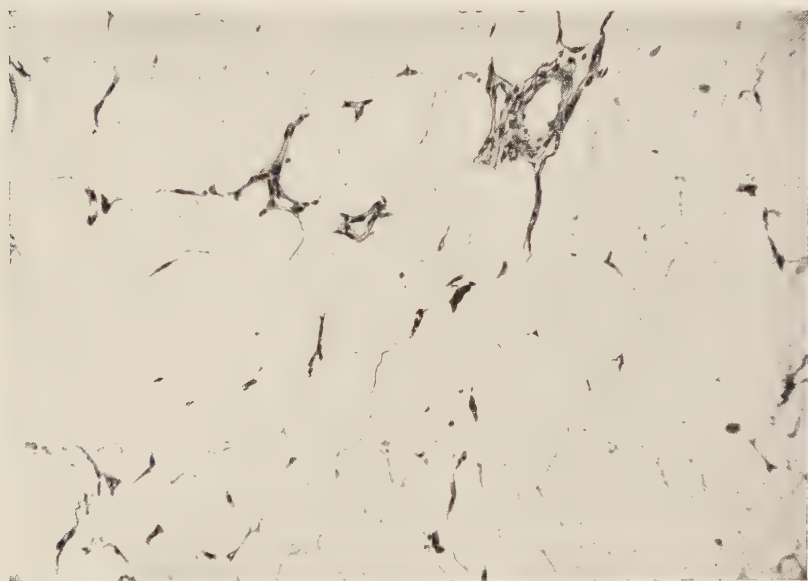


FIG. VII.

Rachi-anesthésie à la stovaïne, caféïne. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. L'intestin grêle est fortement dilaté. A 2 mètres environ de la valvule iléo-cæcale, on trouve une invagination avec boudin, d'une longueur de 15 centimètres.

La tête du boudin est dure, arrondie et pleine, l'anse sous-jacente a environ 10 à 12 centimètres de diamètre, l'anse sous-jacente 3 centimètres. Les parois intestinales sont œdémateuses, congestionnées, le mésentère lui-même est très épais, les ganglions hypertrophiés, on décide de pratiquer une résection intestinale (Les tentatives de désinvagination avaient été vaines).

Résection intestinale de 30 centimètres, suivie d'une anastomose latéro-latérale.

Un drain, une mèche, parois en trois plans à la soie.

SUITES OPÉRATOIRES : Elles furent des plus simples, une selle spontanée eut lieu le 6^e jour, réunion per primum, le 17^e jour, départ 21^e jour.

MALADE REVU EN 1923 : A engraisé de 18 kilogrammes.

Fonctions intestinales absolument normales, une selle par jour, pas de gargouillements, pas de coliques.

EXAMEN DE LA PIÈCE :

Examen anatomo-pathologique pratiqué au laboratoire de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière par le Dr Ivan Bertrand.

1^o DESCRIPTION MACROSCOPIQUE : (Pièce fixée) (fig. VIII, IX. —

La pièce réséquée a 33 centimètres de long ; le collet est parfaitement libre ; dans le mésentère gros ganglions.

Après ouverture du segment intestinal sous-jacent, on constate que la tête du boudin est en réalité constituée par une tumeur de forme balanique, de 7 centimètres de long, de 5 cm. de large, de 3 cm. d'épaisseur. La surface en est régulière, rouge violacée, elle semble se continuer sans pédicule, avec la muqueuse intestinale.

La pièce chirurgicale est sectionnée selon un plan passant par l'anse intestinale et l'insertion du mésentère.

On peut ainsi vérifier qu'il s'agit d'une tumeur véritable, tumeur pédiculée, de la grosseur d'un œuf.

Le pédicule, très étroit, s'implante sur la paroi intestinale dans un point correspondant à l'insertion du mésentère.



FIG. VIII.

FIG. IX.

VIII. — Pièce opératoire ouverte dans tout le segment distal. A la partie gauche collet de
 invagination, et à la partie droite tumeur cause de l'invagination.

IX. — Section longitudinale. On distingue nettement le pédicule de la tumeur.

La muqueuse recouvre le pédicule sur la grande partie de son trajet et s'arrête peu après la manchette d'invagination.

2° EXAMEN HISTOLOGIQUE : (fig. X). — Il s'agit d'une tumeur conjonctive bénigne, fibro-myxome, avec légère réaction inflammatoire périphérique au contact de la muqueuse en dégénérescence fibrinoïde.

Cette tumeur a comme point de départ le tissu conjonctif de la sous-muqueuse. Il n'existe aucune monstruosité cellulaire quant aux réactions de la muqueuse, elles consistent dans une congestion extrême du chorion sous muqueux aboutissant à un véritable infarctus sous-muqueux.

EN RÉSUMÉ : fibro-myxome pédiculé, implanté sur le bord intestinal mésentérique, développé aux dépens de la sous-muqueuse.

Obs. IV. — Polype fibromateux pédiculé ayant entraîné une invagination iléo-iléale puis iléo-cæcale.

Mme R..., âgée de 57 ans, entre dans le service de mon maître le Dr Toupet le 19 août 1933.

ELLE PRÉSENTAIT des douleurs vives dans l'hypocondre droit, une température à 38°, un pouls normal, un aspect général non altéré. Pas de vomissements, pas de sang par l'anus, des selles normales.

En somme la malade n'accusait que *des douleurs vives de la fosse iliaque droite*.

Au toucher vaginal et palper abdominal combinés on sent *une tumeur* du volume de deux poings siégeant dans la fosse iliaque droite et dans le petit bassin côté droit nettement distincte du corps utérin, douloureuse au doigt, vaginal dans le cul-de-sac latéral droit, et à la main abdominale.

L'utérus apparaît normal, mobile, bien séparé par un sillon de cette masse latéro-utérine droite.

Le toucher rectal n'apporte aucun renseignement complémentaire, le doigt revient intact, sans trace de sang.

On pense à un kyste de l'ovaire droit peut-être en voie de fissuration ou de subinfection et l'intervention est décidée pour le lendemain.

Le lendemain 20 août, la situation était complètement modifiée ;

La température était à 39° ;

Le facies s'était rapidement modifié ;

Le pouls devenait plus rapide.



FIG. X.

Un vomissement était survenu, suivi de hoquets et de nausées. Pas de selles dans la journée, mais encore des gaz.

L'EXAMEN DU VENTRE le révéla distendu, il n'avait plus la souplesse de la veille et surtout au *toucher vaginal* on perçoit

nettement dans le cul-de-sac *antérieur*, une *petite tumeur douloureuse, mobile, fuyante sous le doigt*.

On reforme alors le diagnostic et l'intervention chirurgicale est décidée en vue d'une *occlusion intestinale*.

DANS LES ANTÉCÉDENTS de la malade on retrouve des accès douloureux depuis trois ans, entraînant des altérations de diarrhée et de constipation, avec parfois quelques gouttes de sang dans les selles, sang noir, épais.

OPÉRATION (MM. Vialle et Gueullette).

ANESTHÉSIE : Rachi-anesthésie.

LAPAROTOMIE SOUS-OMBILICALE : Immédiatement des anses grêles distendues surgissent après l'ouverture du péritoine.

On pratique une *exploration génitale*.

Pas de kyste de l'ovaire.

Utérus absolument normal.

Les annexes sont saines des deux côtés.

EXAMEN DU CÆCUM : Il est distendu, gonflé d'une masse noirâtre, molle.

Devant cette distension cœcale on cherche la cause de l'occlusion sur le gros intestin.

Le sigmoïde est plat, l'angle gauche est libre, le transverse présente un calibre normal ainsi que l'angle droit ; nulle part on ne peut percevoir une tumeur ou une striction.

Et cependant le cæcum est distendu, mais à l'examen on s'aperçoit qu'il n'est distendu que dans son bas fond et que plus haut il reprend graduellement son calibre normal.

Au niveau de l'angle iléo-cæcal on constate alors un anneau, un bourrelet, dur, serré, hémorragique et l'on pose immédiatement le *diagnostic d'invagination intestinale*.

Le méso est infiltré d'œdème, le cæcum est noirâtre, du sphacèle verdâtre apparaît au niveau du bourrelet. *Après des essais infructueux de désinvagination on décide d'extérioriser l'angle iléo-cæcal*.

— Contrincision latérale droite.

— Fermeture de la laparotomie médiane.

— Par le Mac Burney on extériorise l'invagination, fixée au péritoine par quelques points, puis *d'urgence* on place un tube de Paul dans l'anse grêle distendue au-dessus de la tumeur.

SUITES OPÉRATOIRES : Sérum hypertonique intraveineux.

La fistule iléale fonctionne abondamment.

L'état général s'améliore dans la nuit mais rapidement le lendemain matin 21 août. Θ à 40° 5, pouls incomptable. Mort.

EXAMEN DE LA PIÈCE.

A. — *Macroscopiquement.*

Cæcum très dilaté d'où émerge après un bourrelet très serré une anse iléale.

L'ouverture du cæcum donne issue à plusieurs *anses grêles noires, remplies de sang*, invaginées dans le cæcum. Au travers de l'une d'elles on sent une tuméfaction grosse comme un œuf de pigeon.

On désinvagine doucement, avec prudence et l'on peut extérioriser ainsi : 60 centimètres d'intestin grêle ; sphacélique, gorgé de sang.

EXAMEN DU GRÊLE : On examine soigneusement ces anses invaginées et l'on retrouve la petite tuméfaction perçue dans le cæcum.

En extériorisant, en doigt de gant, le grêle on met au jour une petite tumeur.

LA TUMEUR du volume d'un œuf de pigeon ;

Insérée sur le bord mésentérique du grêle ;

Pédiculée ;

Forme oblongue, irrégulière, polypeuse à son pôle supérieur.

Nettement mobile sur son pédicule, souple, molle, non indurée.

EXAMEN MICROSCOPIQUE :

Tumeur bénigne développée aux dépens de la muqueuse cylindrique, constituée par des tubes glandulaires à trajet irrégulier, sinueux.

Les tubes sont entourés par un tissu conjonctif présentant les caractères habituels du chorion muqueux.

Le processus prolifératif intéresse également le stroma conjonctif. Absence de toute invasion destructive. Muscularis mucosæ intacte.

TRAITEMENT

Le traitement des tumeurs bénignes de l'intestin grêle est essentiellement chirurgical.

La tactique opératoire est complètement différente suivant que la tumeur se présente comme une découverte opératoire, n'ayant donné lieu à aucune complication intestinale suivant au contraire, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, que l'intervention est menée contre un obstacle intestinal dont la nature n'a pas été identifiée.

Simple dans le premier cas, le traitement dépend du degré, de l'étendue des lésions intestinales dans le second.

I. — Tumeurs non compliquées

Dans ces cas simples la nature anatomique de la tumeur entraîne une thérapeutique spéciale.

a) TUMEUR SOUS-SÉREUSE.

L'intervention présente alors la plus grande facilité. La large section n'est en principe nullement nécessaire dans ces cas de tumeurs exo-entériques.

— *Si le pédicule est net*, l'ablation au ras de l'intestin suffira.

— *Si le pédicule est large*, si la base de la tumeur infiltre, la paroi intestinale, s'il existe *un doute sur la nature de la tumeur*, si l'on envisage la possibilité d'une *tumeur mixte* (c-à-d. à la fois exo et endoentériques) l'ablation simple ne suffit plus.

La résection intestinale devient alors nécessaire mais il n'est pas indiqué de la faire très large et une entérorraphie circulaire sera ici le procédé de choix.

b) TUMEURS SOUS-MUQUEUSES.

Si dans les cas de tumeur sous-séreuse l'ablation simple de la tumeur, sans résection intestinale, peut être envisagée, le problème est tout autre en présence d'une tumeur sous-muqueuse.

Deux méthodes s'offrent au chirurgien : *l'enucléation de la tumeur après entérectomie ; la résection intestinale.*

1) **Enucléation après entérectomie**

Cette énucléation perd de son avantage du fait qu'elle nécessite une entérectomie préalable.

Dès que la tumeur est un peu volumineuse, l'entérectomie suivie de l'enucléation de la tumeur n'est pas indiquée.

Il semble qu'il soit nettement préférable de faire une résection intestinale suivie d'anastomose.

En effet il serait très dangereux de laisser dans l'intestin une muqueuse dont on aurait eu quelque peine à rétablir la continuité.

De plus l'entérectomie suivie d'enucléation ne pré-

sente pas une sécurité technique aussi satisfaisante que la résection.

2) Résection intestinale.

C'est évidemment le procédé de choix. En sa faveur plaident de nombreux facteurs. D'une part *le doute sur la nature de la tumeur.*

On sait la difficulté de l'appréciation macroscopique.

D'autre part *la possibilité d'une tumeur intra-pariétale.*

En pratique la résection intestinale offre de nombreux avantages et particulièrement à cette phase non compliquée de l'affection.

Elle est pratiquée ici, en dehors de tout phénomène d'occlusion, de péritonite, sur des parois saines, de même calibre, et sur un malade parfaitement résistant.

Dans nos observations n° I et III les suites opératoires immédiates n'ont présenté aucun incident.

Nous verrons plus loin quelle technique de suture intestinale il paraît préférable de choisir.

II. — Tumeurs compliquées

C'est de beaucoup le cas le plus fréquent, le diagnostic de tumeur non compliquée n'étant jamais posé.

Lorsque l'on intervient pour des accidents mécaniques ordinairement pour des iléus aigus, l'intervention ne tient pas compte de la cause même des accidents, elle s'adresse à l'occlusion intestinale, à l'invagination dans la presque totalité des cas.

Le problème n'est plus le même et le traitement de la tu-

meur elle-même passe au second plan, le seul but étant la guérison de la complication mécanique. Elle est alors conditionnée par l'importance des lésions intestinales, par leur siège, par l'état général du malade.

C'est la discussion de ces différents éléments, qui soumise au sens critique du chirurgien, lui permettra la résolution la plus favorable.

EN PRATIQUE, c'est le ventre ouvert que l'opérateur doit d'urgence choisir la tactique opératoire — c'est après la laparotomie que le diagnostic réel est porté et que l'on peut reconnaître :

soit une invagination intestinale ;

soit un volvulus ;

soit des anses gangrenées quelle qu'en soit la cause.

TACTIQUE OPÉRATOIRE

ANESTHÉSIE.

La rachi-anesthésie est la méthode de choix.

D'une part elle offre un grand silence abdominal qui permet les manœuvres d'explorations rapides et qui exclut les traumatismes intestinaux obligatoires lorsque les malades poussent sous anesthésie générale.

D'autre part, elle prépare des suites opératoires plus simples du point de vue intestinal.

C'est avec une grande facilité que les malades rendent leurs gaz et ont une première selle spontanée.

Incision.

La laparotomie médiane sous-ombilicale reste l'incision la plus fréquemment employée.

Sauf localisations précises, fournies par l'examen radiologique c'est l'incision qui donne le plus de jour, mais il n'est pas nécessaire au début de l'intervention de la faire ombilico-pubienne. Une fois la nature de l'affection confirmée, et son siège en particulier, on pourra aisément agrandir la voie d'abord soit vers le haut, soit vers le bas.

— Une fois pratiquée l'incision abdominale est immédiatement suivie d'une exploration minutieuse des lésions. Celle-ci révélera si l'on se trouve en présence d'une invagination, d'un volvulus, de gangrène intestinale.

1° Invagination intestinale.

Il importe de connaître les différentes conduites à tenir le cas échéant, mais dans la règle c'est l'entérectomie enlevant tout le segment malade qui constitue l'opération de choix.

a) ENTÉRO-ANASTOMOSE SIMPLE.

L'entéro-anastomose simple, le court-circuit, est une mauvaise pratique. Elle rétablit la circulation des matières intestinales mais laisse persister la lésion causale exposant ainsi le malade à de graves complications. Elle doit donc être absolument rejetée.

b) LA DÉSINVAGINATION SEULE.

Elle n'est le plus souvent pas suffisante pour amener une guérison définitive, fréquemment elle n'est pas possible.

Mais, quand l'état général ne permet pas d'envisager une intervention radicale, quand les lésions sont tout

au début, la désinvagination est parfois possible et recommandable.

DEUX RÈGLES doivent être scrupuleusement suivies après ce mode opératoire.

— Il est indispensable de faire un *examen très serré de l'intestin déroulé pour ne pas laisser échapper une gangrène localisée possible de l'intestin* (celle ci commandant, malgré sa gravité, une résection intestinale).

— *Si la réinvagination paraît possible*, il y a lieu de fixer les segments intestinaux invaginés.

Cette désinvagination ne peut naturellement être envisagée que comme un pis-aller car la tumeur, cause de ces accidents, reste en place et on devra, plus tard, sur un malade réconforté, songer à son ablation ».

c) INCISION SUR LE BOUDIN.

Cette technique vit encore des contre indications de la résection intestinale.

Ce procédé a pu donner de bons résultats dans certains cas. C'est la résection du boudin invaginé à travers une incision longitudinale faite sur le cylindre engainant.

Proposée et exécutée par Jesset et Manusell-Moullin, remise en honneur par Delore cette résection du boudin invaginé a le mérite d'être plus simple et moins choquante qu'une entérectomie.

Il faut donc connaître cette méthode pour *pouvoir l'utiliser le cas échéant*, mais elle semble certainement inférieure, en règle générale, à l'entérectomie large.

d) RÉSECTION INTESTINALE :

Dès que l'état général du malade le permet *l'entérectomie large est de beaucoup le traitement idéal.*

Elle supprime l'obstacle.

Elle fait immédiatement cesser les accidents mécaniques.

Enfin la cause de l'invagination est, dans le même temps, soustraite.

Il est certain qu'elle est plus longue, plus choquante qu'une autre méthode mais dans les mains d'un chirurgien entraîné à la chirurgie intestinale, avec de multiples précautions d'asepsie, les suites opératoires sont le plus souvent très simples.

Le drainage est une mesure prudente ; mais pas de mèches, pas de drain au contact des sutures ; *une lame ondulée en caoutchouc* assurera la vidange des collections séreuses qui pourront survenir.

Nous verrons plus loin dans un autre chapitre, les moyens de suture qui nous semblent préférables.

2° Volvulus.

En présence d'un volvulus serré la conduite à tenir est différente suivant les lésions.

a) LA RÉSECTION INTESTINALE.

L'entérectomie sur le grêle en période d'occlusion marquée est toujours une intervention dont la gravité n'est plus à démontrer.

b) LA DÉTORSION serait l'intervention idéale, avec ablation simple de la tumeur cause du volvulus. Elle est

pratiquement insuffisante à cause des lésions avancées de sphacèle.

c) ENTÉROSTOMIE. — Logiquement on ne peut se contenter d'une entérostomie. Elle laisse subsister dans l'abdomen la coudure et la torsion avec l'imminence de gangrène du pédicule et de l'anse d'implantation.

d) RÉSECTION suivie d'abouchement à la peau des anses sectionnées.

Cette méthode assure la vidange de l'iléon distendu en amont, mais on connaît la gravité des fistules sur le grêle et particulièrement si celles-ci siègent haut.

Leur cure ultérieure est particulièrement difficile.

Il semble que dans ces cas, on soit autorisé, devant l'échec des autres méthodes, à pratiquer une résection rapide de l'anse volvulée puis une anastomose latéro-latérale *au bouton*. Située non pas sur l'extrémité du segment en amont mais à une dizaine de centimètres plus haut.

L'orifice inférieur sera mis à la peau offrant ainsi une soupape de sûreté.

3° Gangrène intestinale.

Quelle qu'en soit la cause, invagination ou volvulus, l'examen révèle parfois, dans les cas très tardifs, une gangrène étendue des anses intestinales.

Evidemment ces cas sont désespérés, il ne faut pas attendre beaucoup de résultats du procédé employé quel qu'il puisse être. Cependant il faut tenter quelque chose.

— Bertrand, de Lyon, a rapporté un cas d'invagination

gangrenée dans lequel il a pratiqué une anastomose au bouton, *anastomose iléo-cæcale au bouton de Villard* après résection en masse de toute l'invagination.

Tixier recommande *l'iléo-transversostomie au bouton* avec exclusion unilatérale du côlon droit que l'on peut fistuliser à la paroi par une cæcostomie de sécurité.

Il semble qu'on puisse conclure qu'en présence de lésions avancées l'ANASTOMOSE AU BOUTON offre une rapidité d'exécution très appréciable et que, d'autre part, *l'exclusion unilatérale de la masse*, invaginée ou volvulée, suivie d'une fistulisation à la peau est préférable à la résection de beaucoup plus choquante.

SUTURES INTESTINALES

Après la résection intestinale, que son indication ait été une invagination ou un volvulus, il faut réparer cette brèche dans le conduit digestif et de nombreuses techniques s'offrent alors au chirurgien.

Dans deux de nos observations, l'anastomose pratiquée fut l'anastomose latéro-latérale.

Dans la troisième, en occlusion suraiguë, un bouton de Murphy fut posé.

L'anastomose latéro-latérale présente beaucoup d'avantage et très peu d'inconvénients — sur l'intestin grêle.

On lui a reproché de laisser subsister deux petits culs-de-sac intestinaux qui peuvent être la cause de gêne du transit, de points d'appel pour une nouvelle invagination.

Ses avantages sont multiples :

— Elle est toujours praticable, quels que soient les calibres différents des deux anses à suturer ;

— Son étendue peut être plus grande que le diamètre du tube intestinal et permettre une évacuation plus aisée ;

— Sa réalisation technique est plus régulièrement facile que celle de l'anastomose termino-terminale.

— Enfin, sous des anses aussi mobiles que les anses grêles, il semble que le reproche que l'on fait aux culs-de-sac qu'elle détermine reste bien théorique.

— Nous terminerons en rappelant encore l'excellence des résultats fournis par les *anastomoses aux boutons*. Dans ces cas de chirurgie d'urgence, elles permettent rapidement et facilement de rétablir la continuité intestinale.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs bénignes de l'intestin grêle sont des tumeurs très rares ; plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, elles apparaissent avec prédilection dans la deuxième moitié de la vie.

II. — Par ordre de fréquence, les *adénomes* puis les *lipomes* constituent les deux groupes les plus importants de ces tumeurs.

De leurs formes pédiculées ou sessiles on peut tirer des conclusions évolutives et thérapeutiques.

III. — *La multiplicité* de ces tumeurs chez le même sujet ne doit pas être méconnue afin de ne pas pratiquer une intervention chirurgicale incomplète.

IV. — L'histoire clinique des tumeurs bénignes de l'intestin grêle est avant tout l'histoire de ces *complications mécaniques*.

Dans leur stade non compliqué, leur symptomatologie est polymorphe, capricieuse et autorise toutes les erreurs de diagnostic.

— Du point de vue fonctionnel elles se manifestent par des *signes d'emprunt*. Les affections mises en cause sont l'appendicite, les ulcères duodénaux ou de la petite courbure. On devra attacher la plus grande importance aux *discordances cliniques, aux signes négatifs*.

On connaît la gravité d'une gastro-entérostomie pratiquée sans cause nettement contrôlée.

Dans de nombreuses observations de tumeurs de l'intestin grêle réopérées ce fut l'opération qui en premier lieu fut décidée. Elle est pour le moins inutile.

Connaissant donc la symptomatologie gastrique d'emprunt de ces tumeurs, l'exploration au cours d'une intervention ne se limitera pas au duodénum, à la vésicule, à l'estomac, elle portera avec la même minutie sur les anses grêles.

— En outre il est des malades qui présentent de graves *hémorragies intestinales* dont la cause ne peut jamais être définie.

Peut-être faut-il trouver leur explication dans la présence d'une tumeur bénigne saignante de l'intestin grêle.

V. — L'invagination intestinale constitue la complication majeure le plus souvent dénonciatrice de ces tumeurs.

L'examen radiologique doit être envisagé à un double point de vue :

— En vue du diagnostic, la radiographie, après lavement baryté, révèle une forme spéciale de la tête de la colonne opaque.

Au point de vue thérapeutique, le lavement baryté contrôlé à la radioscopie, ne contribue que très faiblement à la réduction de l'invagination. Son usage ne permet que de limiter l'intervention opératoire à des manœuvres plus précises et plus discrètes.

— *Il y a lieu de considérer schématiquement deux types d'invagination.*

— les unes iléo-iléales, incomplètes, transitoires, spontanément réductibles, intermittentes, se manifestant cliniquement par un polymorphisme qui autorise toutes les erreurs de diagnostic ;

— les autres iléo-cæcales, suivent une marche immuable, progressive, sans rémissions en présence desquelles on pose rapidement le diagnostic d'occlusion sans, le plus souvent, préjuger de son origine réelle.

La perception d'une *petite masse intra-abdominale, douloureuse, fuyante, mobile*, serait toute en faveur d'une *invagination intestinale*.

VI. — Le traitement des tumeurs bénignes de l'intestin grêle est avant tout un traitement chirurgical.

A). *Dans les cas de tumeurs non compliquées :*

Théoriquement : le traitement varie suivant que la tumeur est sous-séreuse ou sous-muqueuse.

— En présence d'une tumeur sous-séreuse pédiculée la simple ligature de ce pédicule paraît l'ablation idéale.

— Dans les tumeurs sous-muqueuses, il devient nécessaire de faire une entérotomie.

Celle-ci, pratiquée, doit on se contenter d'une énucléation suivie de fermeture de la brèche intestinale ?

Il semble qu'il soit nettement préférable de faire une résection intestinale suivie d'anastomose. Il serait en effet très dangereux de laisser dans l'intestin une muqueuse dont l'on aurait eu quelque peine à rétablir la continuité.

De plus l'entérotomie suivie d'énucléation ne présente pas une sécurité technique aussi satisfaisante que la résection.

En pratique :

C'est à la résection que l'on doit avoir recours. Deux notions plaident en sa faveur.

Au cours de l'opération, macroscopiquement :

1° *il subsiste toujours un doute sur la nature maligne ou bénigne de la tumeur ;*

2° *La possibilité d'une tumeur intra-pariétale associée à une tumeur extra-pariétale n'est pas à négliger.*

B. — *Dans les cas de tumeurs compliquées :*

Lorsqu'on intervient pour des accidents mécaniques, ordinairement pour des iléus aigus, l'intervention ne tient pas compte de la cause même des troubles, elle s'adresse à l'occlusion intestinale, à l'invagination dans la presque totalité des cas.

Elle est alors conditionnée par l'importance des lésions intestinales, par leur siège, par l'état général du malade. C'est la discussion de ces différents éléments qui soumise au sens critique du chirurgien, lui permettra de prendre la résolution la plus favorable.

— Nous insisterons sur l'excellence de *l'anastomose latéro-latérale*.

BIBLIOGRAPHIE

F. AMAN-JEAN et M. PERROT. — Invagination de l'intestin grêle par un fibro-mysme (*Ann. d'anat. path.*, 8 : 1260-1264, décembre 1931).

ANDRÉE. — Résection-iléocœcale, pour invagination produite par un lipome sous-muqueux du grêle (*Soc. chir.*, août 1913).

C. ANDREWS. — Obstruction of small intestine due to benign granuloma (*Nebraska M. J.*, 17 : 106-108, March 1932).

ARLOTTA (Padoue). — Invagination de l'iléon par fibrome myxomatoïde, entérectomie, guérison (*Archivio italiano di chirurgica*, t. XVII, fasc. 4).

G. BAGNARESI. — Roentgenography of tumors of ileum (*Arch. di radiol.*, 7 : 745-764, July-August 1931).

BALGARNIE. — *The British medical journal*, n° 3, 421, 1920.

BÉRARD et DENIS. — Large multiple lymphosarcomas of small intestine causing obstruction ; surgical treatment (*Lyon chir.*, 28 : 522-523, July-Aug. 1931).

P. BERTRAND. — Ileo-ileal invagination caused by benign tumor of small intestine ; resection ; case (*Lyon chir.*, 29 : 508-510, July-Aug. 1932).

BONNAMOUR-DUPLANT-MAGNARD (Lyon). — Mécanisme de l'invagination intestinale de l'adulte par les tumeurs bénignes de l'intestin (*Journ. de méd. de Lyon*, n° 303, 1932).

C. BONNE. — Syphilis and lymphogranulom of small in-

testine (*Geneesk. tijdschr. v. Nederl. Indie*, 70 : 1088-1093, novembre 1, 1930).

M. BORCHI. — Remote results of operative treatment of malignant tumors of small intestine and colon in 56 cases (*Arch. ed atti. d. Soc. ital. di chir.*, 33 : 877-886, 1929).

BRECHOT. — Notes sur les lipomes de l'intestin (*Progrès méd.*, 1920, n° 50, p. 539).

BROCQ et HERTZ. — *Revue de Chirurgie*, 1921, t. LIX, p. 377).

DE CAESTECKER. — Sarcomas of small intestine ; 3 cases (*Arch. d. mal. de l'app. digestif*, 21 : 248-251, feb. 1931).

R. B. CATTELL et P. D. WOODBRIDGE. — Leiomyosarcoma of jejunum ; postoperative renal suppression treated by paravertebral nerve block (*S. Clin. North Amer.*, 41 : 363-370, april 1931).

R. CASCINO. — Unusual case of hamartoma (embryologic tumor) of Meckel's diverticulum (*Arch. ed atti d. Soc. ital. di chir.*, 36 : 861-867, 1930).

J. L. CARR. — Argentaffine tumors of small bowel, with report of two which caused intestinal obstruction (*A.J.Surg.* 43 : 56-59, july 1931).

CASSANELLO. — *La Riforma Medica*, tome XXXVII, 1921.

H. W. CAVE. — Tumors of small intestine (*Ann. Surg.* 96 : 269-283, Aug. 1932).

B. J. MC CLOSKEY. — Lipoma of small intestine (ileum), with superimposed ulcération (*Pennsylvania M. J.* 34 : 713-715, july 1931).

H. W. COVE (New York). — Tumeur de l'intestin grêle (*Annals of Surgery*, tome XCVI, n° 2, août 1932).

G. DAGANINI et G. ZAMPA. — Lymphosarcoma of small intestine (*Riv. di radiol. a fis. med.* 5 : 99-141, 1931).

Y. DELAGENIÈRE et P. BEAUCHEF. — Surgical therapy in primary tumor of small intestine causing complete invagination ; case (*Bull. Assoc. franç. p. l'étude du cancer*, 20 : 609-611, novembre 1931).

DÉROCQUE. — Lès lipomes sous-muqueux de l'intestin (*Jour. de chir.*, 1924-2-163).

B. DESPLAS et FLANDRIN. — Invagination intestinale subaiguë de l'intestin grêle par tumeur bénigne pédiculée, résection large, anastomose latéro-latérale, guérison (*Journ. de chir.*, 1924-2-606).

J. A. VAN DIJK et A. J. F. OUDENTAL. — Adénome de l'intestin grêle. Rôle de l'hérédité (*Nederlandsh Tisaschrift voor geneeskinde*, 1919, n° 9).

ERITCH. — Un cas de lipome intestinal (*Jour. de chir*, février 1911).

A. ESSER. — Multiple lipomas of small intestine ; case (*Centralbl. f. allg Path. u. apth. Anat* 55 : 6-9, july 10, 1932).

EWING. — Myoma in the intestine (*Neoplastic diseases*, Chicago, 1919, p. 212).

V. FARMER. — Polyposis of small and large bowel (*J. M Soc. New Jersey*, 29 : 463-468, june 1932).

FAURE et DESPLAS. — *P. M.*, n° 72 1913, p. 721.

L. S. FAUST et W. WALTERS. — Fibrosarcoma of Meckel's diverticulum producing hemorrhage (*Minnesota Med*, 14 : 233-236, march 1931).

FÖRSTER. — *Schweig mediz. Wochenschr.*, t. II, n° 2, 1921.

L. GALIFI. — Chronic mesenteritis complicating recurrent invagination of ileum caused by pedunculated small tumor of mucous membrane ; case (*Radiol. med.* 19 : 565-571, June 1932).

GATELLIER et BELOUX. — Cas rare d'hémorragie ; polype de l'intestin grêle. (*Arch. d. mal. de l'app. digestif*, 21 : 226-250, Feb 1931).

GOODALL. — *The Boston medic and surg. journ.*, octobre 1932.

HAKE. — Myomes du tractus gastro-intestinal (*Beitr. z. Klin. chir.*, t. LXVIII, 1912, p. 414-438).

HARTMANN. — *Presse médicale*, 1913, t. XXI, p. 24).

HEURTAUX. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1899, t. XIII, p. 701).

J.-B. HIGGINGS. — Papilloma of jejunum ; case (*Brit J. Radiol.*, 4 : 203-206, May 1931).

HULKE. — *The Lancet*, t. MDCCCLXXIX.

A.-H. IASON et M.-B. FILBERBAUM. — Intussusception in adult ; associated with adenoma of ileum (*Ann. Surg.*, 93 : 4191-1996, June 1931).

A. JONA. — Intussusception due to solitary polypus of small intestine ; case (*Tumori*, 6 : 262-268, 1932).

J. KAASTAD. — Polypous tumour in stomach and small intestine (*Norsk mag. f. lægevidensk.*, 93 : 495-498, May 1932).

M. KAHN. — Endojejunal myoma (case) (*S. Clin. North America*, 11 : 1043-1047, octobre 1931).

M. KAHN. — Endometriosis of ileum (*S. Clin. North America*, 11 : 1049-1054, octobre 1931).

B. KELLNER. — Curious case of strangulation and obstruction caused by tumor of ileum (*Gyogyaszat*, 72 : 202, March 27, 1932).

KING. — *Surgery gynecology obstetrics*, 1917, t. XXV, p. 54.

ROSEMAYER. — Invaginations intestinales par tumeur (*Deutsche Zeitsch. für chir.*, CXVIII, 1912, p. 203-269).

LABEY. — *Bull. Soc. Chir.*, Paris 1920.

L.-M. — LARSON. — Myxofibroma of ileum ; case (*Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 7 : 116-120, Feb. 24, 1932).

R. LERICHE. — Sarcoma of ileum causing obstruction ; resection and proximal ileostomy ; good results at end of 2 years (*Lyon chir.*, 29 : 50-52, Jan.-Feb. 1932).

MARIENTCHIK. (Kiew). — Deux cas de tumeurs bénignes de l'intestin grêle (*Zentralblatt für Chir.*, t. LIV, n° 22).

MASMONTEIL. — Invagination iléo-cæcale due à une tumeur de l'intestin (*Soc. de Chir. de Paris*, t. XXV, n° 2, p. 51).

G. MELDOESI. — Radiologic study of intermittent jejunal invagination due to intraparietal fibrolipoma (*Riv. di radiol. e. fis. med.*, 6 : 377-391, 1931).

E. H. MENSING. — Benign tumor of small intestine as cause of severe haemorrhage (*Wisconsin M. J.*, 30 : 552-553, July 1931).

G. MILLES. — Lymphangioma of ileum (*Tr. Chicago Path. Soc.*, 13 : 316, June 1, 1930).

A. MIROLLE (Pise). — Contribution à l'étude des lipomes sous-muqueux et sous-séreux de l'intestin (*Archivio italiano di Chir.*, t. XXIV, fasc. 5).

M. MOLNAR. — Primary sarcoma of small intestine following cholecystectomy (*Zentrabl. f. Chir.*, 58 : 466, feb. 21, 1931).

M. MUMEY. — Sarcoma of small intestine (*Colorado Med.*, 29 : 12-18, jan. 1932).

C. C. NESSELRODE. — Obstruction of small intestine due to neoplasm (*J. Kansas M. Soc.*, 32 : 165-167, may 1931).

NOVAK. — Invagination du grêle secondaire par adénomes multiples (*Klinischen Chir.*, t. CXXXIII, n° 2).

C. PALIOS. — Occlusion caused by subileac adhesion (Lane's link) and argentaffine tumor of small intestine (*Ann. d'anat. path.*, 8 : 304-306, March 1931).

PETIT-MALAPERT. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1912).

PETROVITCH et DAVIDOVITCH. — Sur quatre cas d'invagination d'intestin grêle (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LVIII, n° 27, novembre 1932).

V. di PIERRO. — Sarcoma of small intestine ; clinical and anatomico-pathologic observations of two cases (*Riforma med.*, 48 : 784-791, may 21, 1932).

A. POSSATI. — Roentgen aspects of carcinoma and of lymphosarcoma of small intestine (*Riv. di radiol. e fis. med.* (supp. no. 1) 2 : 125, april 1930).

T. S. RAIFORD. — Tumeurs de l'intestin grêle (*Arch. of Surgery*, vol. 25, n° 1).

T. S. RAIFORD. — Tumeurs de l'intestin grêle (*Arch. of Surgery*, vol. 25, n° 2, août 1932).

T. S. RAIFORD. — Tumor of small intestine ; diagnosis,

with special reference to x ray appearance (*Radiology*, 16 : 273-270, feb. 1931).

RANKIN MAYO. — *Surgery Gynecology obstetrics*, t. L, p. 939-947).

J. REMEMTERIA. — Invagination intestinale par fibrome (*Actas de la Sociedad de Cirurgia de Madrid*, t. I fasc. 2, janvier 1932).

G. ROAN. — Intussusception due to benign tumors of small intestine (*Texas State J. Med*, 27 : 782-786, March 1932).

ROSSONI. — Invagination chronique du grêle par un fibrome (*Rinascenza medica*, 1904, n° 10).

L. SCHONBAUER et O. BSTEI. — Tumors of small intestines and appendages (*Wien. med. Wchnschr*, 81 : 218, Feb. 14, 1931 : 261, Feb. 21, 1931).

SCHWARTS. — *Bull. Soc. chir.*, 19 mars 1902, p. 379.

SCHONBAUER et BSTEI (Wien). — Les tumeurs de l'intestin grêle et de ses annexes (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 7 et 8).

SHEZTON HORSLEY (Richmond). — Intussusception par lipome de l'intestin chez un adulte, gangrène de la paroi abdominale, opération plastique (*Arch of Surgery*, vol 18, n° 3)

SLESINGER. — Volumineux kyste de l'intestin grêle chez un enfant (*The British journal of Surgery*, vol. 17, n° 62).

STEINER. — Tumeurs du tube digestif (*Brüns Beitr. z klin chirurg*, 1898, t. XXII. p. 1).

STETTEN. — *Surgery gynecology and Obstetrics*, t. IX, 1909.

L. STRAUSS (Breslau). — Occlusion intestinale par un polype de la valvule de Bauhin (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, t. CCXXXVII, fasc. 10, octobre 1932).

G. C. SWANSON. — Invagination iléo-colique due à un fibro-lipome de l'iléon (*The Glasgow medical journal*, vol. 20).

A. ULLMAN et B. S. ABESHAUSE. — Lymphosarcoma of small and large intestine (*Ann. Surg*, 93 : 878- 913, June 1932).

C. P. G. WAKELEY et M. A. PAUL. — Tumors of small intes-

tine (excluding duodenum) (*Australian et New Zealand J. Surg.*, 1 : 227-263, décembre 1931).

M. L. WEINSTEIN. — Lymphosarcoma of jejunum (*Am. J. Surg.* 17 : 353-359, septembre 1932).

W. L. A. WELLBROCK. — Tumors of duodenum. jejunum and ileum (*J. South Carolina M. A.* 27 : 300-302, décembre 1931).

WHARTON. — *Annals of Surgery*, t. LIX, '1911.

1933. Saint-Amand (Cher) — Imprimerie A. CLERC
